

PARTE I

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE

a cura di Sabina Nuti

1. La valutazione come metodo di lavoro: il sistema adottato dalla Regione Toscana *di Sabina Nuti*

1.1 Premessa

Nel 2007 la spesa pubblica destinata alla sanità in Toscana è stata pari a 6100 milioni di euro, corrispondente a circa il 70 % del budget di spesa complessivo della Regione. Il sistema sanitario regionale pubblico conta su più di 50.000 dipendenti ed i suoi servizi incidono enormemente sulla vita dei cittadini, sia in termini sociali - in quanto rappresentano una determinante rilevante della qualità di vita della persona - , sia in termini economici come spesa che la collettività sostiene, sia come volano di sviluppo economico. Il sistema sanitario regionale infatti contribuisce in modo rilevante alla generazione dei redditi dell'economia toscana. Sulla base di uno studio realizzato dall'Irpet¹, se in Toscana non esistessero i servizi sanitari il PIL regionale risulterebbe inferiore del 7,5%, gli occupati sarebbero l'8% in meno e le importazioni regionali ed estere risulterebbero rispettivamente più basse del 4,5% e del 5,7%.

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

In questo contesto il sistema di misurazione dei risultati ottenuti dal sistema sanitario è diventato un vero e proprio fondamentale strumento di governance.

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

Con questi presupposti il Laboratorio Management e Sanità, costituito dalla Scuola Superiore Sant'Anna in collaborazione con la Regione Toscana, presenta in questo volume i risultati conseguiti nel 2007 dal sistema sanitario toscano nel suo complesso e di ciascuna delle aziende che lo compongono, quelle territoriali ed ospedaliero-universitarie.

Nel contesto della sanità pubblica le aziende rappresentano strumenti che, se utilizzati con competenza, possono garantire il perseguimento della missione del sistema sanitario pubblico. Esse rappresentano modalità potenti per organizzare l'azione, per orientare gli sforzi di tutte le componenti verso la finalità comune, che è il miglioramento della salute dei cittadini, ma adottando logiche di economicità.

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

Il sistema di valutazione dei risultati è fondamentale anche per attivare i processi di innovazione permettendo, at-

¹ Cfr la Relazione Sanitaria Regione Toscana 2003-2005, parte seconda, cap.7 "Il sistema sanitario regionale: un attore importante del sistema economico toscano" a cura dell'Irpet, pag 139-149.

traverso il confronto delle performance, di individuare le best practices, di crescere e di valorizzare i risultati ottenuti dai migliori.

In questo contesto, per supportare, valutare e valorizzare l'azione delle 12 aziende sanitarie locali e delle 5 aziende ospedaliero-universitarie² quali soggetti fondamentali del sistema, responsabili della realizzazione degli orientamenti regionali, la Toscana ha ipotizzato fin dal 2002 l'attivazione di un sistema per monitorarne la performance, prevedendo la misurazione di molteplici variabili rilevanti nel perseguimento degli obiettivi strategici regionali.

Il presente testo rappresenta il secondo Report pubblicato. Il primo infatti, redatto nel 2007 e pubblicato nel mese di luglio, presentava i risultati della sanità toscana relativi al 2006.

1.2. La storia del sistema

Con queste premesse, nel 2001 la Regione Toscana, con decreto n. 7425 del 18/12, ha affidato al gruppo di ricerca della Scuola Superiore Sant'Anna³ l'incarico di predisporre un progetto di prefattibilità per un sistema di valutazione e valorizzazione della performance delle aziende sanitarie toscane.

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

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

Al termine della fase di sperimentazione nelle quattro aziende pilota, il Management delle aziende coinvolte e la Regione stessa hanno ritenuto assai soddisfacenti i risultati ottenuti e nel 2005 il sistema è stato implementato in tutte le aziende territoriali della Regione. Per quanto concerne le realtà ospedaliero-universitarie, è stato ritenuto necessario attivare un processo ulteriore di coinvolgimento dei professionisti medici per valutare l'opportunità di inserire nel sistema elementi di specificità rispetto alla missione di questa tipologia di aziende. In questo stesso anno il Laboratorio Management e Sanità ha dato, quindi, avvio ad un percorso formativo modulare regionale, in cui sono stati coinvolti i circa cinquanta direttori di dipartimento ad attività integrata delle quattro aziende ospedaliero-universitarie di Pisa, Siena, Firenze (Careggi e Meyer). In questo ambito i direttori di D.A.I. (Dipartimenti ad Attività Integrata) hanno approfondito e discusso il processo di evoluzione in atto nel sistema sanitario toscano e, con il supporto di alcuni docenti-facilitatori della Facoltà di Economia dei tre Atenei toscani⁴ e della Scuola Superiore Sant'Anna, hanno attivato dei "laboratori", ossia dei gruppi di lavoro che hanno approfondito per specialità la tematica degli indicatori di performance, individuando una rosa di indicatori specifici soprattutto per la componente sanitaria. Questo percorso si è concluso con un workshop pubblico a marzo 2006, in cui i partecipanti hanno presentato più di 200 indicatori per le realtà toscane individuati e calcolati durante i gruppi di lavoro. Questo rapporto è stato successivamente discusso e approfondito dal gruppo di ricerca del Laboratorio Management e Sanità con le direzioni aziendali delle aziende ospedaliero-universitarie Careggi, Meyer, Pisana e Senese, fino a pervenire ad una sintesi condivisa a livello regionale che ha permesso, nel mese di luglio del 2006, la predisposizione di un primo report pilota per le aziende ospedaliero-universitarie. Nel secondo semestre del 2006 il sistema di valutazione della performance è entrato a regime anche nelle realtà ospedaliero-universitarie della Toscana con l'elaborazione di alcuni indicatori specifici coerenti con la missione svolta nel sistema sanitario. Nel mese di aprile 2007 il report relativo ai risultati conseguiti nel 2006 dalle quattro aziende ospedaliero-universitarie è stato consegnato per la prima volta ai rettori dei tre atenei di Pisa, Firenze e Siena.

² Nel 2007 le aziende ospedaliero-universitarie della Toscana sono diventate 5. Alla AOU Pisana, AOU Senese, AOU Careggi e AOU Meyer si è aggiunta la Fondazione Monasterio, costituita congiuntamente con il CNR.

³ Il gruppo di ricerca della Scuola Superiore Sant'Anna, è coordinato dall'autrice di questo capitolo, ed è stato composto dal professore Lino Cinquini, e dai ricercatori Milana Vainieri, Anna Bonini, Annalisa Brambini, Manuela Furlan, Linda Marcacci, Domenico Cerasuolo, Sara Barsanti, Barbara Lupi, Anna Maria Murante, Elisabetta Felloni, Chiara Seghieri, Alessandro Campani, Maria Giulia Senigallia, Cristina Campanale, Francesca Sanna, Claudia Bassani e Carmen Calabrese.

⁴ In proposito si ringrazia per la collaborazione fornita i prof. Mario Del Vecchio, Gavino Maciocco e Niccolò Persiani dell'Università di Firenze; il prof. Antonio Barretta dell'Università di Siena, i prof. Mauro Bendinelli e prof. Daniele Dalli dell'Università di Pisa e il prof. Lino Cinquini della Scuola Superiore Sant'Anna.

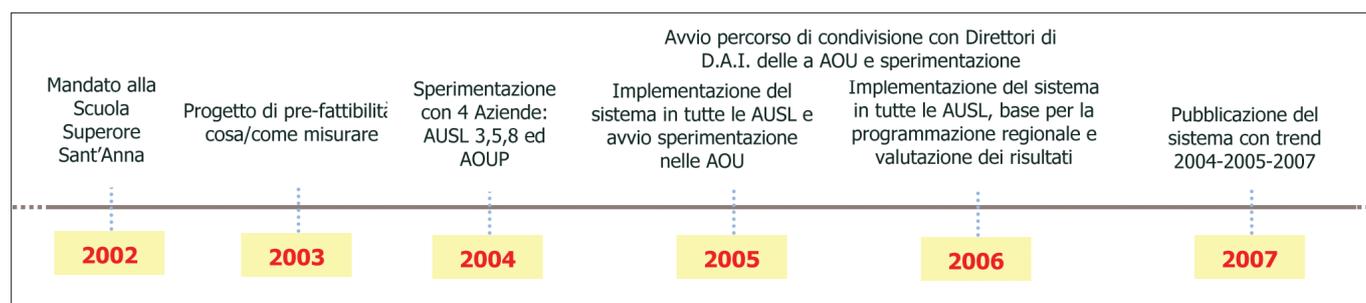


Fig. 1 La storia del sistema

Oggi il sistema è utilizzato in tutte le realtà aziendali della Regione. Nel mese di luglio del 2007 è stato pubblicato il primo report relativo alla performance conseguita dalla sanità toscana nel 2006⁵ (Nuti, 2007) e reso disponibile alla Giunta e al Consiglio Regionale nonché ai cittadini che lo hanno richiesto. Questo volume quindi rappresenta la seconda edizione del Report relativa ai risultati del 2007. Inoltre nel volume "La valutazione della performance in sanità", edito dalla Società Editrice Il Mulino nel 2008⁶, sono state raccolte anche le indicazioni metodologiche che di supporto al sistema di valutazione stesso adottato nella Regione Toscana.

1.3. Il sistema di reporting multidimensionale dei risultati

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

Nel corso della progettazione, sperimentazione ed implementazione, sono stati oggetto di studio e confronto i sistemi di valutazione della performance adottati in altri contesti sanitari pubblici, in particolare il sistema adottato fin dal 1997 in Canada nella regione dell'Ontario per le realtà ospedaliere⁷. Sono stati spunto di riflessione e di analisi anche il sistema implementato nel sistema sanitario inglese ed olandese, nonché la ricca bibliografia scientifica sul tema della valutazione della performance in sanità.

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

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

⁵ Confronta "La valutazione della sanità toscana: report 2006" a cura di Sabina Nuti, Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna, Ets Pisa 2007.

⁶ Confronta "La valutazione della performance in sanità" a cura di Sabina Nuti, Edizioni Il Mulino, 2008.

⁷ Confronta www.Hospital.report.com

ricorrere per valutare l'efficacia intrapresa delle azioni intraprese. Si pensi, a titolo di esempio, alle attività di *screening* per il tumore al seno o al colon retto.

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

- la soddisfazione dell'utente e del cittadino per il livello di qualità dei servizi ricevuti, comprensiva della sua possibilità a partecipare attivamente ai processi di erogazione dei servizi come soggetto centrale e protagonista dei percorsi di cura e di assistenza;
- la qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati;
- l'appropriatezza e la continuità di cura nei percorsi assistenziali, come risultati strategici in linea con gli orientamenti del piano sanitario regionale;
- la capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico finanziario nella gestione del sistema azienda.

Nel modello proposto questi risultati sono raggiungibili con modalità ed azioni assai differenti in base al contesto aziendale specifico. Le determinanti, quindi, necessitano un'analisi specifica per i tre livelli assistenziali presenti nelle Ausl toscane ossia:

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

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

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

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

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

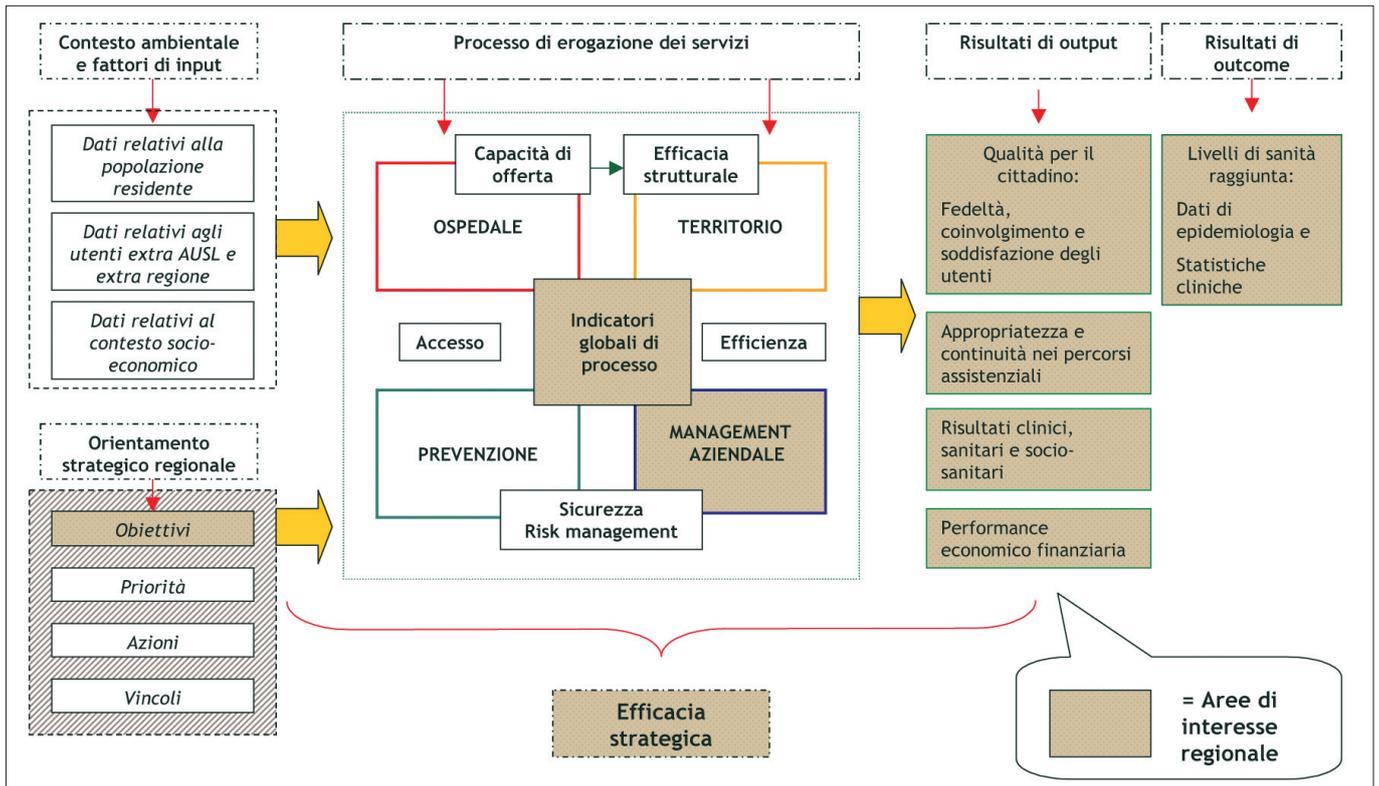


Fig. 2 Il Sistema Azienda

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

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

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

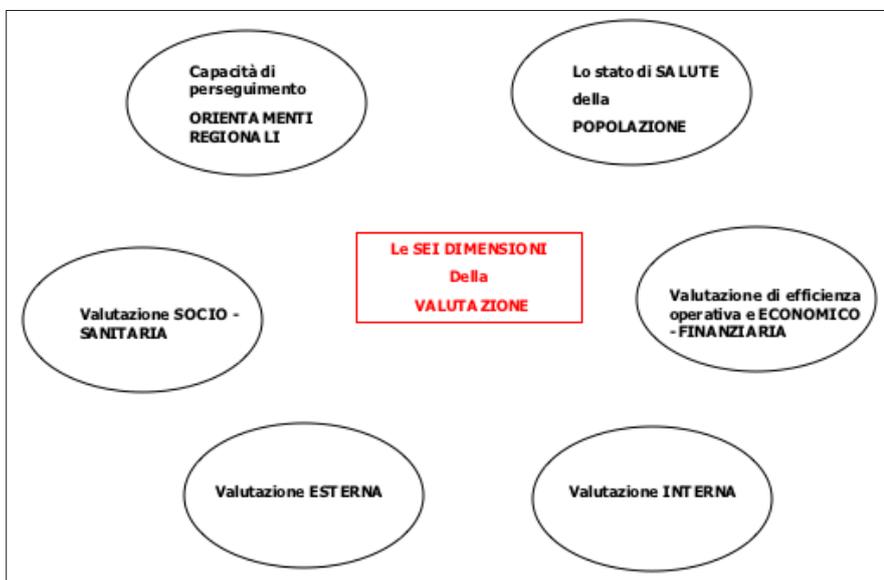


Fig. 3 Le dimensioni della valutazione

Le dimensioni della valutazione sono:

- *La valutazione dei livelli di salute della popolazione (A)*
Pur sapendo che questa tipologia di valori quali la mortalità nel primo anno di vita o la mortalità per diverse patologie, si muove lentamente nel tempo e che un miglioramento registrato oggi è spesso determinato dalle scelte gestionali effettuate, è stato ritenuto opportuno mantenere nel sistema almeno tre indicatori di sintesi, anche per mantenere focalizzata l'attenzione dei managers sul fine ultimo di ogni sforzo fatto, ossia sul miglioramento del livello di salute della popolazione;
- *La valutazione della capacità di perseguire le strategie del sistema regionale (B)*
Le aziende sanitarie toscane rispondono non solo della loro capacità di essere strutture efficienti ed efficaci come entità autonome ma, anche come soggetti costituenti il sistema sanitario regionale, operando in una logica di squadra per valorizzare le sinergie e per garantire accesso e equità a tutti gli utenti. In questo senso è importante che le aziende siano attente agli orientamenti strategici regionali, applicando le delibere regionali nei tempi e nei modi indicati;
- *La valutazione socio sanitaria (C)*
In questa dimensione sono compresi i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario sia per le attività dell'ospedale, che per le attività del territorio e della prevenzione;
- *La valutazione esterna (D)*
In questa dimensione viene considerata la valutazione data all'attività aziendale dai cittadini, come utenti e non, dei servizi sanitari. Si considera in questa dimensione anche l'efficacia dei processi di comunicazione esterna delle aziende sanitarie;
- *La valutazione interna (E)*
In questa dimensione viene considerato il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie. Ormai molti studi evidenziano la rilevante correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, il clima organizzativo aziendale e la soddisfazione degli utenti dei servizi erogati. Puntare sul miglioramento dei risultati, quindi necessita di una rilevante focalizzazione sui sistemi e i meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati;
- *La valutazione dell'efficienza operativa e della performance economico finanziaria (F)*
Si tratta di verificare la capacità aziendale di perseguire le tre condizioni di equilibrio della dinamica economico finanziaria, ossia l'equilibrio reddituale, l'equilibrio monetario, finanziario e patrimoniale. In questa dimensione sono inoltre oggetto di osservazione indicatori di efficienza operativa che possano evidenziare la produttività delle risorse e l'utilizzo di strumenti gestionali orientati all'ottimizzazione e razionalizzazione dell'uso delle risorse disponibili. Sono quindi oggetto di valutazione il funzionamento dei servizi interni (controllo di gestione, approvvigionamenti, sistema informativo) e la capacità di utilizzo da parte dell'azienda degli strumenti fondamentali di management (meccanismi di programmazione e controllo, formazione, comunicazione interna).

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

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

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

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

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

- se esistente, è stato considerato uno standard internazionale riconosciuto (ad esempio: il tasso di cesarei massimo

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

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

Complessivamente gli indicatori monitorati ogni anno e oggetto di valutazione sono circa 130 e altrettanti indicatori sono inseriti nella reportistica senza valutazione per facilitare la comprensione delle determinanti del risultato conseguito. Il loro numero complessivo può variare perché ogni anno la Regione può modificare gli obiettivi stessi e i relativi risultati da monitorare in base alle priorità strategiche dell'anno. Inoltre i risultati possono avere una differente tempistica di misurazione e valutazione in base alla rilevanza e alla possibilità effettiva di modificare in tempi brevi i risultati ottenuti (ad esempio i tempi di attesa ad esempio sono misurati mensilmente mentre la soddisfazione dei cittadini per i servizi della medicina di base è misurata ogni due anni).

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

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

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

1.4. I processi di valutazione "ad hoc"

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

Disporre di un flusso informativo sistematico, certo e attendibile a livello regionale richiede molto tempo e un grande sforzo da parte di tutti i soggetti del sistema. Tale investimento, quindi, è da proporre e da realizzare solo per gli aspetti che certamente richiedono attenzione continua nel tempo e in cui il monitoraggio a livello regionale è essenziale per valutare i processi complessivi di miglioramento del sistema sanitario e del livello di salute della popolazione.

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

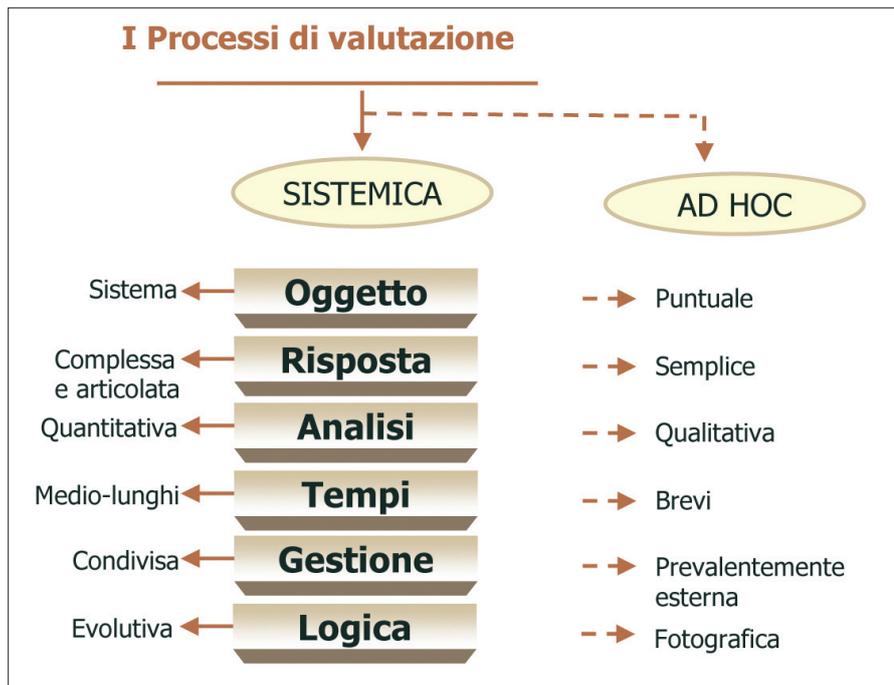


Fig. 4 I processi di valutazione "ad hoc"

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

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

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

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

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

I focus group e gli altri strumenti utilizzati nei processi di valutazione ad hoc hanno permesso di elaborare degli indicatori e di ottenere delle misure. La diversa natura di tali misure è stata segnalata nel sistema di valutazione in modo differente rispetto alle misure elaborate mediante una metodologia sistematica, ovvero con il simbolo di un campanello. Questo segno avverte che la misura ha valore solo segnaletico, che può necessitare di ulteriori e più approfondite indagini. Gli indicatori ad hoc presenti sul bersaglio sono comunque esigui, non più di due o tre ogni anno su un totale di cinquanta punti di valutazione sintetica.

1.5. Gli indicatori del sistema

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

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

L'indicatore C7 nell'ambito della valutazione sanitaria misura, ad esempio, la qualità del percorso materno infantile ed il risultato è stato calcolato sia nel 2006 che nel 2007 considerando il tasso dei parti cesarei depurato da complessità con un peso pari al 50% mentre il restante 50% è il risultato della media tra gli 4 altri Indicatori che compongono l'albero dell'indicatore C7. Nel 2005 invece tutti gli indicatori che compongono l'indicatore complessivo avevano lo stesso peso.

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

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori
VALUTAZIONE SALUTE DELLA POPOLAZIONE (A)	
A1	Mortalità Infantile
A1.1	Mortalità nel primo anno di vita
A1.2	Mortalità neonatale precoce (primi 6 giorni di vita)
A1.3	Mortalità neonatale totale (primi 28 giorni di vita)
A2	Mortalità tumori
A3	Mortalità per malattie circolatorie
A4	Mortalità per suicidi
CAPACITA' PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI (B)	
B3	Tempi di attesa per visite specialistiche
B4	Strategie per il controllo del dolore
B4.1	Consumo di farmaci per il controllo del dolore
B4.2	Gestione del dolore per gli utenti
B5	Estensione ed adesione allo screening
B5.1	Screening Mammografico
B5.2	Screening cervice uterina
B5.3	Screening coloretale
B6	Donazioni di organi
B6.1	% Morti Encefaliche individuate
B6.2	% Donatori Effettivi
B7	Grado di copertura vaccinale
B7.1	Grado di copertura per vaccino MPR
B7.2	Grado di copertura per vaccino antinfluenzale
B8	Tempestività SIR
B9	Equità ed accesso
B9.1	Percorso materno infantile
B9.2	Pronto Soccorso
B11	Complessità (AOU)
B11.1	Percentuali Drg Chirurgici di alta complessità
B11.2	Peso medio Drg Chirurgici di alta complessità
B12	Mobilità (AOU)
B12.1	Fuga extra Area Vasta
B12.2	Fuga extra regione
B12.3	Attrazione extra Area Vasta
B12.4	Attrazione extra regione
B13	Continuità assistenziale: percorso materno infantile
B14	Tempi di attesa per prestazioni di diagnostica
B15	Capacità attività di ricerca

Fig. 5 Indicatori esottoindicatori

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori
VALUTAZIONE SANITARIA (C)	
C1	Valutazione della capacità di governo della domanda
C1.1	Tasso ospedalizzazione globale
C1.2	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari
C1.3	Tasso ospedalizzazione DH
C1.4	Tasso ospedalizzazione DH medico
C1.5	Tasso ospedalizzazione DH chirurgico
C1.6	Tasso di prestazioni ambulatoriali
C2a	Valutazione di efficienza delle attività di ricovero
C2.a	Indice di performance degenza media
C3	Valutazione di efficienza pre-operatoria
C4	Valutazione di appropriatezza
C4.1	% Drg medici da reparti chirurgici
C4.2	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti
C4.3	Drg LEA Medici: % standard raggiunti
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery
C5	Valutazione della qualità clinica
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni
C5.2	% fratture anca operate in 2 gg
C5.3	% prostatectomie transuretrali
C5.4	Mortalità intraospedaliera per infarto
C5.5	Mortalità intraospedaliera per embolia polmonare
C5.6	% di utilizzo di 1 mammaria nel by-pass (AOU)
C5.7	% di interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)
C5.8	% ventilazioni meccaniche non invasive (AOU)
VALUTAZIONE SANITARIA (C)	
C7	Valutazione Materno-Infantile
C7.1	% cesarei depurato (NTSV)
C7.2	% parti indotti
C7.3	% episiotomia depurato (NTSV)
C7.4	Tasso neonati con Apgar <7 al 5° minuto
C7.5	Tasso di fughe per parto
C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)
C7.7	Tasso di ricoveri in pediatria
C8	Efficacia del territorio
C8.4	Tasso di ricoveri >30 gg sulla popol. resid.
C8.5	% ricoveri ripetuti a 31-180 giorni
C8.6	Tasso concepimenti minorenni
C8.7	Tasso di ricoveri con patologie psichiatriche per residenti maggiorenni
C8.8	Tasso di ricoveri con patologie psichiatriche per residenti minorenni
C8.9	% di TSO sui ricoveri con patologie psichiatriche, per residenti
C9	Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva
C9.1	Inibitori di pompa protonica: riduzione n. unità posologiche
C9.2	Statine: tasso di abbandono
C9.3	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina: % confezioni sartani
C9.4	Antidepressivi (SSRI): riduzione DDD
C10	Valutazione del percorso oncologico
C10.1	% interventi conservativi per tumore alla mammella
C10.2	% interventi per tumore al polmone fuori Area Vasta (AOU)
C10.3	% deceduti a casa per tumore maligno
C11	Patologie sensibili alle cure ambulatoriali
C11.1	Tasso ospedalizzazione scompenso
C11.2	Tasso ospedalizzazione diabete con complicanze a lungo periodo
C11.3	Tasso ospedalizzazione BPCO
C11.4	Tasso ospedalizzazione polmonite

Fig. 6 Indicatori esottoindicatori

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori
VALUTAZIONE ESTERNA (D)	
D2	Medicina di base
D2.1	Soddisfazione complessiva medici di medicina generale
D2.2	Soddisfazione complessiva pediatri di libera scelta
D3	Attività ambulatoriale
D4	Attività diagnostica
D8a	Soddisfazione percorso emergenza
D9	Percentuale abbandoni pronto soccorso
D10a	Insoddisfazione percorso emergenza
D15	Servizi distrettuali
D16	Capacità di informazione sui servizi della Ausl
D17	Percorso materno infantile
VALUTAZIONE INTERNA (E)	
E1	Tasso di risposta all'indagine di clima
E2	Tasso di assenteismo
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti
E4	Condizioni di lavoro per i responsabili
E4.1	Il mio lavoro
E4.2	Condizioni di lavoro
E4.3	Lavoro di gruppo
E5	Management per i responsabili
E5.1	Comunicazione ed informazione
E5.2	Il mio responsabile
E5.3	La mia azienda
E6	Condizioni di lavoro per i dipendenti
E6.1	Il mio lavoro
E6.2	Condizioni di lavoro
E6.3	Lavoro di gruppo
E7	Management per i dipendenti
E7.1	Comunicazione ed informazione
E7.2	Il mio responsabile
E7.3	La mia azienda
E8	Evoluzione aziendale
E9	Attività di formazione
VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA (F)	
F1	Equilibrio Economico-Reddituale
F1.1	Equilibrio Economico Generale
F1.2	Equilibrio Economico Gestione Sanitaria
F1.3	ROI
F3	Equilibrio Patrimoniale
F3.1	Indice di disponibilità
F3.2	Tasso di obsolescenza tecnica
F3.3	Indice di rinnovo degli investimenti
F7	Servizi Interni
F8	Budget
F10	Governo della spesa farmaceutica
F11	Indice di compensazione
F12	Efficienza prescrittiva farmaceutica
F12a.1	Inibitori di pompa protonica: % molecole a brevetto scaduto
F12a.2	Statine: % molecole a brevetto scaduto
F12a.3	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina: % molecole a brevetto scaduto
F12a.4	Antagonisti dei recettori alfa adrenergici: % molecole a brevetto scaduto
F12a.5	Antidepressivi (SSRI): % molecole a brevetto scaduto
F12a.6	Derivati diidropiridinici: % molecole a brevetto scaduto
F13	Procedure controllo interno magazzino
F14	Efficienza ed efficacia nella Sanità Pubblica Veterinaria
F14.1	Sicurezza Alimentare e Piani Residui
F14.2	Flussi informativi
F15	Efficienza dei servizi di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro
F15.1	Copertura del territorio
F15.2	Efficienza Produttiva
F15.3	Risultato

Fig. 7 Indicatori esottoindicatori

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

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

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

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

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

Azienda USL					
Indicatori sanitari	Risultati 2005	Risultati 2006	Gen-Sett 2007	Obiettivo 2007	Andamento 2007
					rispetto al 2006 e vs ob. 2007
Tasso di ricovero per polmonite ≥ 60 anni	702,33	700,14	749,61 *	611,17	↔
Tasso di ricovero per scompenso ≥ 65 anni	1558	1571	1633 *	1418	↔
Tasso di ricovero per diabete con cc a lungo periodo ≥ 17 anni	41,89	34,72	23,15 *	30,00	••
Degenza media pre-operatoria std	1,04	1,04	0,89	1,00	••
Percentuale drg medici dimessi da reparti chirurgici	29,40%	28,15%	25,33%	25,10%	•
Percentuale colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery	7,14%	11,36%	13,75%	20,00%	•
Percentuale fratture dell'anca operate entro 2 giorni dall'ammissione	39,34%	34,62%	54,05%	47,15%	••
Percentuale parti cesarei depurato	16,92%	19,16%	23,45%	14,25%	↔
Tempi di attesa per prestazioni diagnostiche (% entro 30 giorni)			100% **	>90%	••
Tempi di attesa per le 7 prestazioni ambulatoriali (% visite entro 15 giorni)	86%	87%	98% **	>90%	••
* Proiezione su base annuale					
** Periodo di riferimento marzo-settembre 2007					
Stima completezza invio dati SDO (flusso ricoveri):	99,83%	Gen-Sett 2007 al 20/11/07			
Stima completezza invio dati CAP (Certificato di Assistenza al Parto):	100,08%	Gen-Sett 2007 al 04/12/07			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Sommario: L'azienda presenta una situazione di tendenziale miglioramento, fatta eccezione per tre indicatori. Su diversi indicatori è già stato raggiunto l'obiettivo posto all'azienda per il 2007.</p> <p>Criticità: Presentano peggioramenti nei primi 9 mesi del 2007 i <i>tassi di ricovero per polmonite e scompenso</i> e la percentuale di <i>parti cesarei</i>. Negative a livello regionale le performance relative alla <i>percentuale di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surger</i> y e al <i>tasso di ricovero per scompenso</i>.</p> <p>Da segnalare: L'azienda presenta la migliore performance regionale per l'indicatore di <i>degenza media pre-operatoria</i> e per i <i>tempi di attesa per prestazioni diagnostiche</i>. Presenta inoltre una tra le migliori performance sulla <i>percentuale di fratture dell'anca operate entro 2 giorni</i>.</p> </div>					
<ul style="list-style-type: none"> •• obiettivo raggiunto • trend in miglioramento = stabilità ↔ trend in peggioramento 					

Fig. 9 Scheda indicatori sanitari

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

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

La componente economica nel 2008 incide per il 28,6% dell'incentivazione ed il restante 71,4% si distribuisce su diversi ambiti come nella tabella seguente.

INCENTIVAZIONE DG 2007		
Obiettivi - Indicatori	Pesi	
Risultato di bilancio		
Pareggio di bilancio rispetto alle risorse assegnate all'inizio dell'anno	28,60	28,6
Tempestività nella trasmissione dei dati		
Tempestività di trasmissione dei flussi dall'Azienda al Sistema Informativo Regionale	3,60	3,6
Qualità, efficienza ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie		
Tasso di ospedalizzazione std	2,14	21,4
Tasso di ospedalizzazione in Day-Hospital Medico std	2,14	
Tasso di ricovero per polmonite ≥ 60 anni	2,14	
Tasso di ricovero per scompenso ≥ 65 anni	2,14	
Tasso di ricovero per diabete con cc a lungo periodo ≥ 17 anni	2,14	
Degenza media pre-operatoria std	2,14	
Percentuale drg medici dimessi da reparti chirurgici	2,14	
Percentuale colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery	2,14	
Percentuale fratture dell'anca operate entro 2 giorni dall'ammissione	2,14	
Percentuale parti cesarei depurato	2,14	
Conseguimento strategie regionali		
Tempi di attesa delle prestazioni per diagnostica	3,57	21,4
Tempi di attesa 7 prestazioni ambulatoriali (% visite entro 15gg)	3,57	
Estensione ed adesione allo screening	3,57	
Percentuale copertura vaccino antinfluenzale	3,57	
Continuità assistenziale: tasso di copertura guardia medica	3,57	
Totale spesa farmaceutica (convezionata, diretta e ospedaliera)	3,57	
Soddisfazione esterna		
Percorso materno infantile: continuità assistenziale	0,67	4,7
Indagine di soddisfazione degli utenti della medicina di base	0,67	
Indagine di soddisfazione degli utenti delle attività ambulatoriali	0,67	
Indagine di soddisfazione degli utenti delle attività diagnostiche	0,67	
Percentuale insoddisfatti Tempi di attesa Pronto Soccorso	0,67	
Percentuale insoddisfatti Qualità globale Pronto Soccorso	0,67	
Percentuale insoddisfatti Qualità professionale Pronto Soccorso	0,67	
Efficienza e soddisfazione interna		
Tasso di assenza	1,2	3,6
Tasso di risposta all'indagine di Clima Interno	1,2	
Valutazione del management (clima interno)	1,2	
Azioni di Area Vasta		
Razionalizzazione laboratori	5,35	10,7
Ospedale per intensità di cura	5,35	
Sintesi risultati sistema di valutazione		
(performance positiva-performance negativa)/n. totale indicatori	6,00	6,0
TOTALE	100	100

Fig. 10 Tabella incentivazione 2007

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

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

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

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

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

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

1.7. Il processo di informatizzazione del sistema di valutazione

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

DIMENSIONI	FONTI
INDICATORI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE { A }	ARS Toscana
CAPACITA' PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTO REGIONALE { B }	- Flussi ministeriali e regionali - Indagini MeS sugli utenti - Flussi aziendali
VALUTAZIONE SOCIO -SANITARIA { C }	Flussi ministeriali e regionali
VALUTAZIONE ESTERNA { D } <small>Campione di 200 e 600 utenti ad aziende</small>	Indagini CATI svolte dal MeS: - sulla popolazione e utenti ADI - sugli utenti ricoverati - sulle partorienti - sugli utenti del PS
VALUTAZIONE INTERNA { E } <small>Campione di 400 e 1300 dipendenti (dal 2003 intero popolazione)</small>	- Indagine CAWI di clima organizzativo svolte dal MeS - Flussi aziendali
VALUTAZIONE EFFICIENZA OPERATIVA E DINAMICA ECONOMICO - FINANZIARIA { F }	- Flussi ministeriali e regionali - Bilanci aziendali

Fig. 11 Dimensioni e Fonti

I dati del sistema di valutazione per gli anni 2005 – 2006 – 2007 sono accessibili mediante il web sul portale <https://report.sssp.it>⁸ (Cerasuolo, Nuti 2008).

Ciascuna azienda può interrogare il sistema in qualsiasi momento ed ottenere il bersaglio "last" con i dati disponibili più aggiornati. I dati sono rappresentati sul bersaglio quando sono consolidati per il periodo di riferimento e quindi è

⁸ Per la costruzione dell'architettura del sistema è stata sviluppata un'applicazione per la quale è stata richiesta la brevettazione. In particolare grande merito per questo lavoro di notevole rilevanza ed utilità deve essere dato a Domenico Cerasuolo che fin dall'inizio ha seguito l'informatizzazione del sistema.

possibile procedere alla loro valutazione e all'assegnazione del punteggio relativo. Se quindi nel corso dell'anno viene realizzata un'indagine sulla soddisfazione dell'utenza, questa è reperibile sul sito web appena conclusa e la valutazione che ne emerge compare in tempi rapidi sul bersaglio "last".

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

Questa modalità di accesso all'informazione ha permesso di ampliare molto la loro conoscenza e il loro utilizzo nelle aziende. Nel 2008 il sistema sarà accessibile su web a tutti i cittadini.

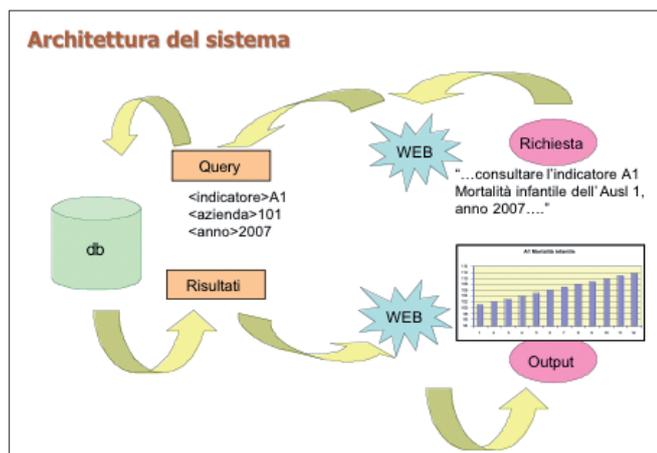


Fig. 12 Architettura del Sistema

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

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

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

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

Il nuovo P.S.R. intende integrare i valori e i principi "storici" del sistema toscano con ulteriori elementi in grado di connotare con coerenza ed efficacia i nuovi bisogni, assumendo un valore di riferimento e di valutazione delle iniziative e dei programmi futuri⁹.

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

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

⁹ Sul sito della Regione Toscana è disponibile la versione integrale del PSR in fase di approvazione del Consiglio regionale. Si ringrazia Enrico Desideri per il contributo fornito nella predisposizione di questa sintesi degli elementi di maggiore rilevanza contenuti nel nuovo PSR.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pensando alla sanità, la parola INIZIATIVA cosa le fa venire in mente?

Pesando alla sanità, se le dico MIGLIORARE LA QUALITÀ cosa le viene in mente?

Pensando alla sanità, se le dico MIGLIORARE LA PRODUTTIVITÀ cosa le viene in mente?

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

Il Cittadino:

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

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

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

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

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

Le sfide del nuovo PRS sono state quindi tradotte in termini di obiettivi con questa classificazione e illustrate in una mappa descritta nella figura 14.

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

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

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

Per poter monitorare la capacità del sistema sanitario toscano di perseguire gli obiettivi del PSR e di realizzare le azioni previste al fine di migliorare lo stato di salute dei cittadini garantendo la sostenibilità stessa del sistema, è stato individuato un set di indicatori di sintesi classificati in quattro macro tipologie:

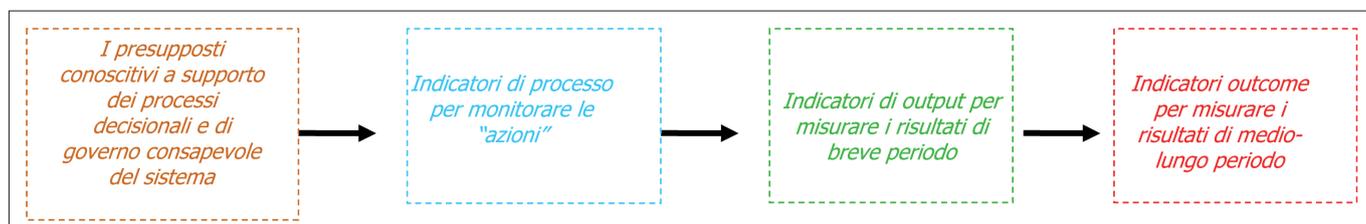


Fig. 13 Processo

Con questa classificazione di riferimento è stata elaborata la successiva mappa strategica che permette di evidenziare e sintetizzare in termini quantitativi i risultati attesi.

Leggendo la mappa da sinistra verso destra sono rappresentati:

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

Mediante queste due tipologie di azioni si intende perseguire un miglioramento negli output, ossia una maggiore uguaglianza ed equità ma anche una focalizzazione in termini di risposta ai bisogni di umanizzazione dei servizi resi.

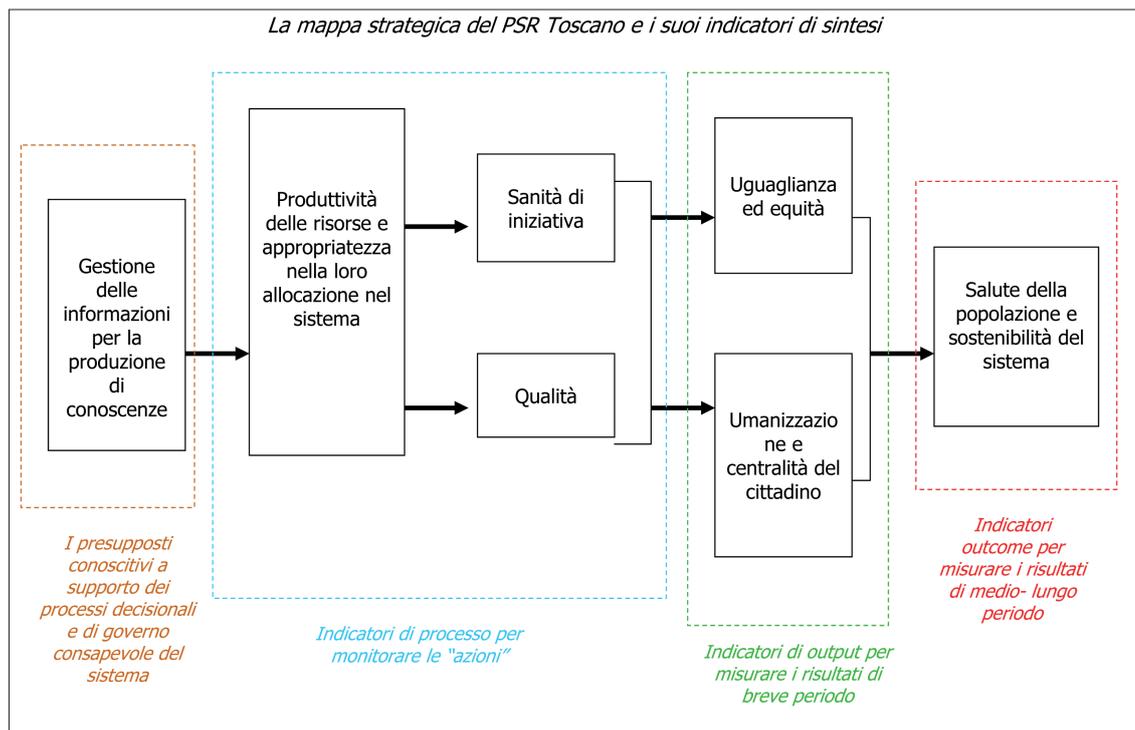


Fig. 14 La mappa strategica

Per ciascuna sfida , o obiettivo strategico del Psr sono stati identificati i risultati attesi e cosa meritava di essere misurato al fine di verificare nel tempo il grado di raggiungimento degli obiettivi stessi

La mappa strategica del PSR Toscano e i suoi indicatori di sintesi

Obiettivi → Risultati attesi → Che cosa viene misurato?

Gestione delle informazioni per la produzione di conoscenze	Poter disporre di tutte le informazioni necessarie per poter condurre le azioni e verificare i risultati del psr Rendere parte delle informazioni disponibili ai cittadini	Integrazione del sistema informativo regionale e aziendale dei flussi mancanti o carenti.
Produttività delle risorse e appropriatezza nella loro allocazione nel sistema	Liberare risorse mediante un loro più appropriato utilizzo o mediante interventi orientati a migliorare l'efficienza	Efficienza e produttività nei servizi di ricovero ospedaliero, nella gestione risorse umane, servizi di prevenzione e territorio
Sanità di iniziativa	Investire risorse nelle strategie proattive per migliorare le condizioni di salute con priorità ai gruppi di popolazione fragili	Interventi sulle patologie croniche, sulla prevenzione collettiva e sui percorsi assistenziali
Qualità	Miglioramento della qualità in termini di riduzione degli errori, di innovazione e di ricerca, di capacità di adeguare l'offerta al bisogno del paziente	Rischio clinico e sicurezza del paziente, capacità di svolgere attività di ricerca di livello internazionale, qualità percepita dagli utenti e dai dipendenti
Uguaglianza ed equità	Diminuzione delle disuguaglianze di accesso e utilizzo dei servizi soprattutto attinenti al livello culturale, economico e di provenienza geografica	Riduzione dei gap di accesso e utilizzo dei servizi di maggiore rilevanza
Umanizzazione e centralità del cittadino	Migliorare la capacità di offrire servizi progettati ed erogati a misura dell'utente e non del professionista e dell'organizzazione	Il punto di vista dell'utenza, unico soggetto
Salute della popolazione e sostenibilità del sistema	Migliorare i livelli di salute della popolazione in termini di "benessere" e vita media senza incidere sulle tasche dei cittadini	Stato di salute e sostenibilità finanziaria in condizioni di equità

Fig. 15 La mappa strategica del PSR Toscano e i suoi indicatori di sintesi

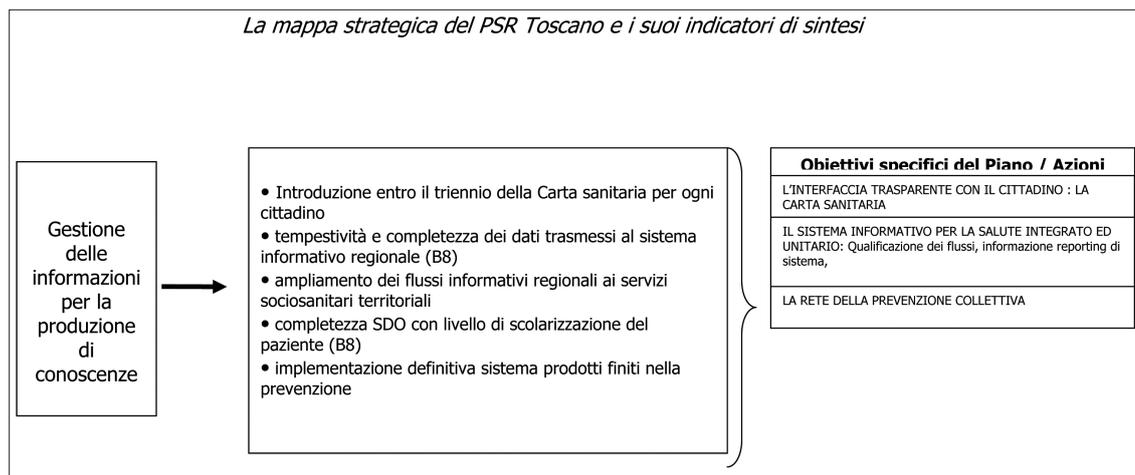


Fig. 16 La mappa strategica del PSR Toscano e i suoi indicatori di sintesi

Ciascuno degli obiettivi è stato declinato in azioni e indicatori di monitoraggio relativi alla realizzazione stessa delle azioni previste. Tra questi indicatori sono stati inclusi la maggior parte degli indicatori che compongono il sistema di valutazione della performance della sanità toscana (inserire riferimento sito della regione psr 2008–2010). A titolo di esempio si propone alcune delle azioni e i relativi indicatori selezionati con cui monitorare nel triennio la capacità del sistema e delle aziende sanitarie di perseguire gli obiettivi strategici del piano.

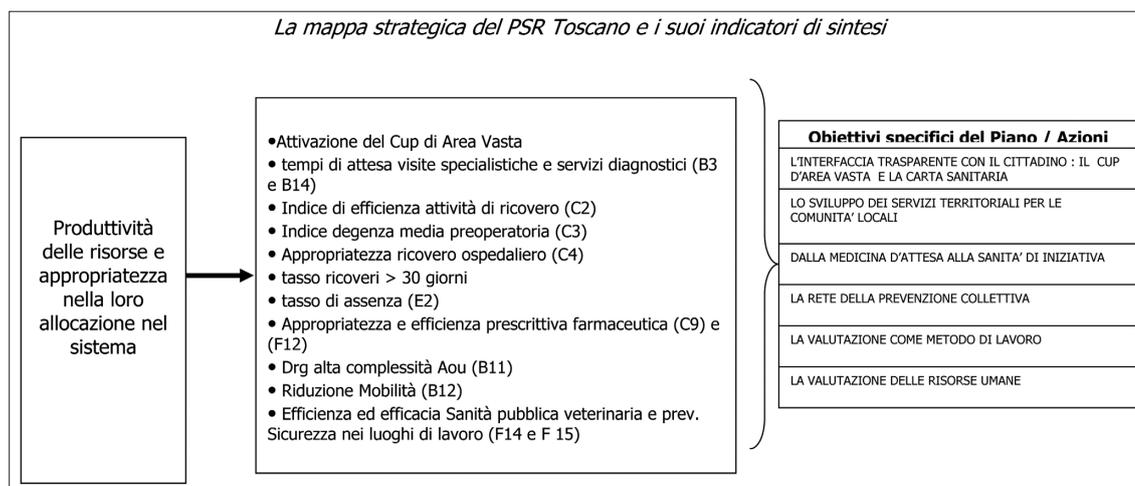


Fig. 17 La mappa strategica del PSR Toscano e i suoi indicatori di sintesi

Nelle pagine seguenti vengono riportati gli indicatori, e le rispettive codifiche, con riferimento al "Sistema di valutazione delle performance della sanità Toscana" pubblicato dal MeS, allegato alla proposta iniziale del Piano.

Tale sistema di reporting, disponibile sul sito regionale, evidenzia anche i valori osservati e i relativi standard attesi. Gestione delle informazioni per la produzione di conoscenze Sanità di iniziativa Uguaglianza ed equità Produttività delle risorse e appropriatezza nella loro allocazione nel sistema Qualità Umanizzazione e centralità del cittadino Salute della popolazione e sostenibilità del sistema

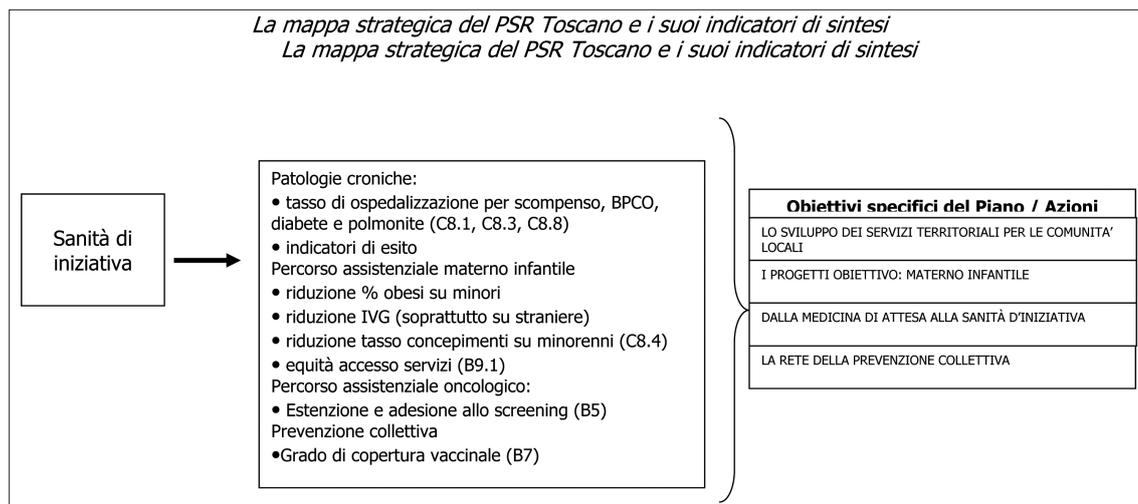


Fig. 18 La mappa strategica del PSR Toscano e i suoi indicatori di sintesi

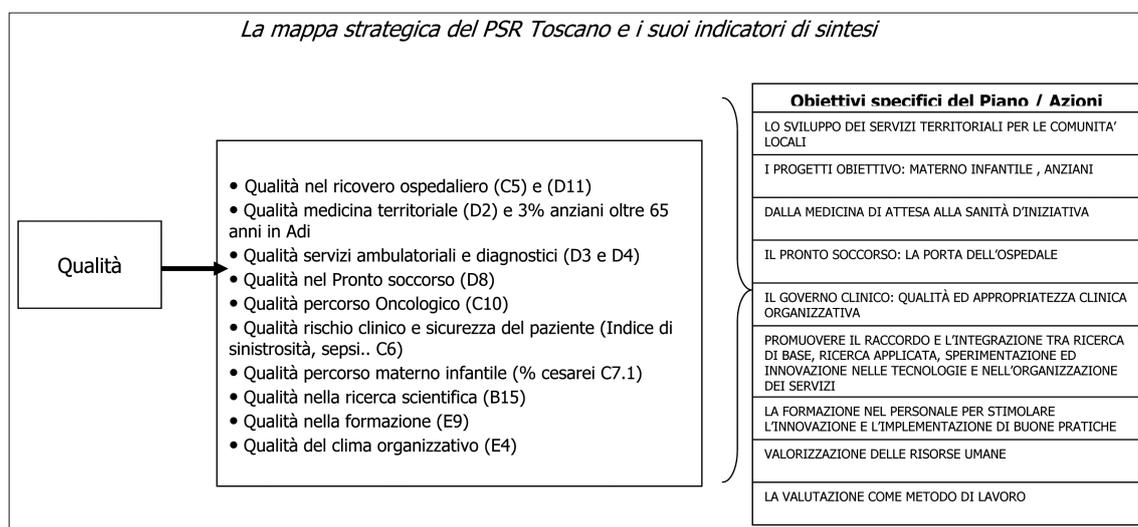


Fig. 19 La mappa strategica del PSR Toscano e i suoi indicatori di sintesi

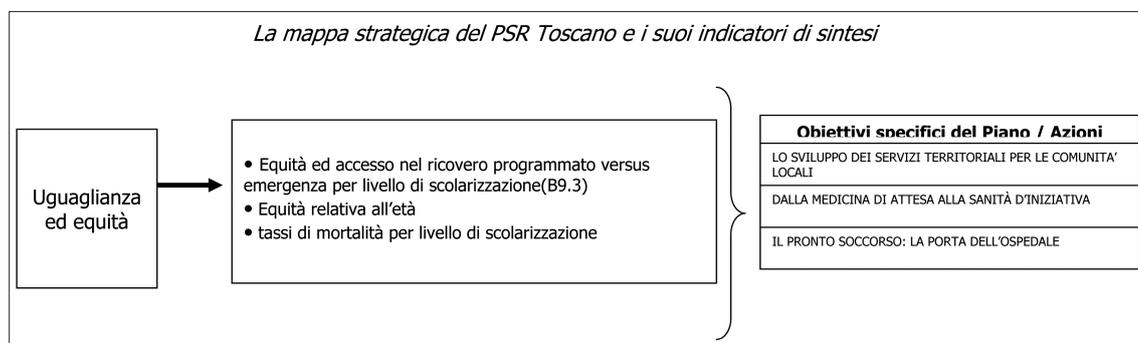


Fig. 20 La mappa strategica del PSR Toscano e i suoi indicatori di sintesi

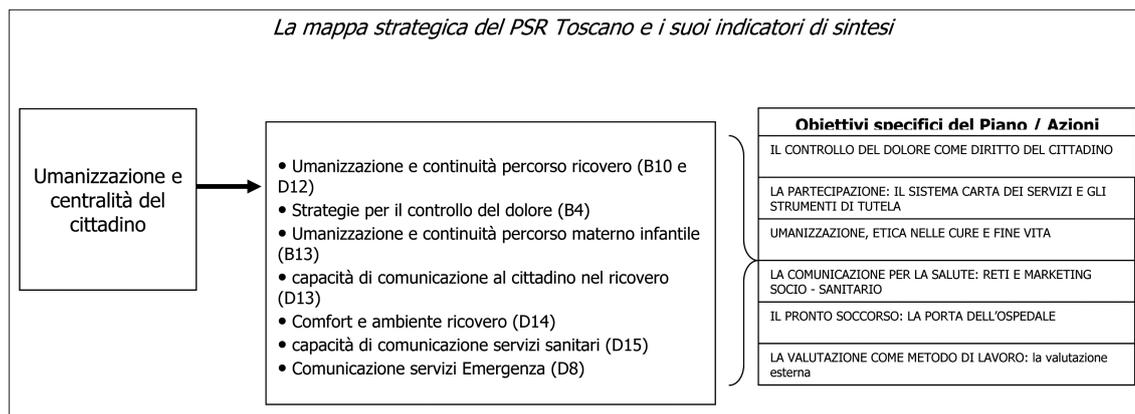


Fig. 21 La mappa strategica del PSR Toscano e i suoi indicatori di sintesi

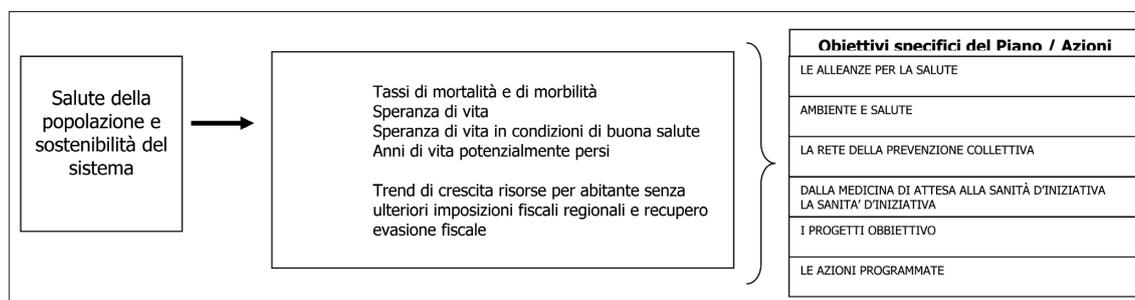


Fig. 22 La mappa strategica del PSR Toscano e i suoi indicatori di sintesi

2. La performance del sistema sanitario Toscano nel 2007

Nel 2007 il sistema sanitario nel suo complesso ha ottenuto una performance positiva su alcuni indicatori e una performance media nella maggior parte degli indicatori selezionati. Questo è chiaramente dovuto al fatto che i risultati rappresentati sul bersaglio regionale sono in molti casi calcolati sulla media dei risultati conseguiti dalle aziende e ricadono, quindi, nella fascia gialla.

Dal 2005, primo anno di elaborazione per molti indicatori, la Regione ha individuato obiettivi di miglioramento per ciascun indicatore e, gradualmente, il posizionamento dell'indicatore del bersaglio si è spostato dalla fascia gialla verso quella verde o verde scuro in base alla capacità del sistema regionale di migliorare. I nuovi indicatori, invece, soprattutto se inseriti in base ad obiettivi fissati in Delibera regionale, a livello medio regionale sono spesso in fascia arancione.

I dati nel bersaglio rappresentato nella figura n.1 si riferiscono al 2007, ad eccezione di alcuni indicatori per i quali, alla data di pubblicazione del Report, il 2007 non era ancora disponibile. Nel bersaglio compare quindi la valutazione dell'ultimo dato disponibile, ossia il 2006, per gli indicatori C1 (tasso di ospedalizzazione comprensivo dei flussi extra-regione), B5 (screening oncologici), e la dimensione A relativa allo stato di salute della popolazione in cui gli indicatori, forniti dall'Ars, si riferiscono al triennio 2003-2005.

Regione Toscana

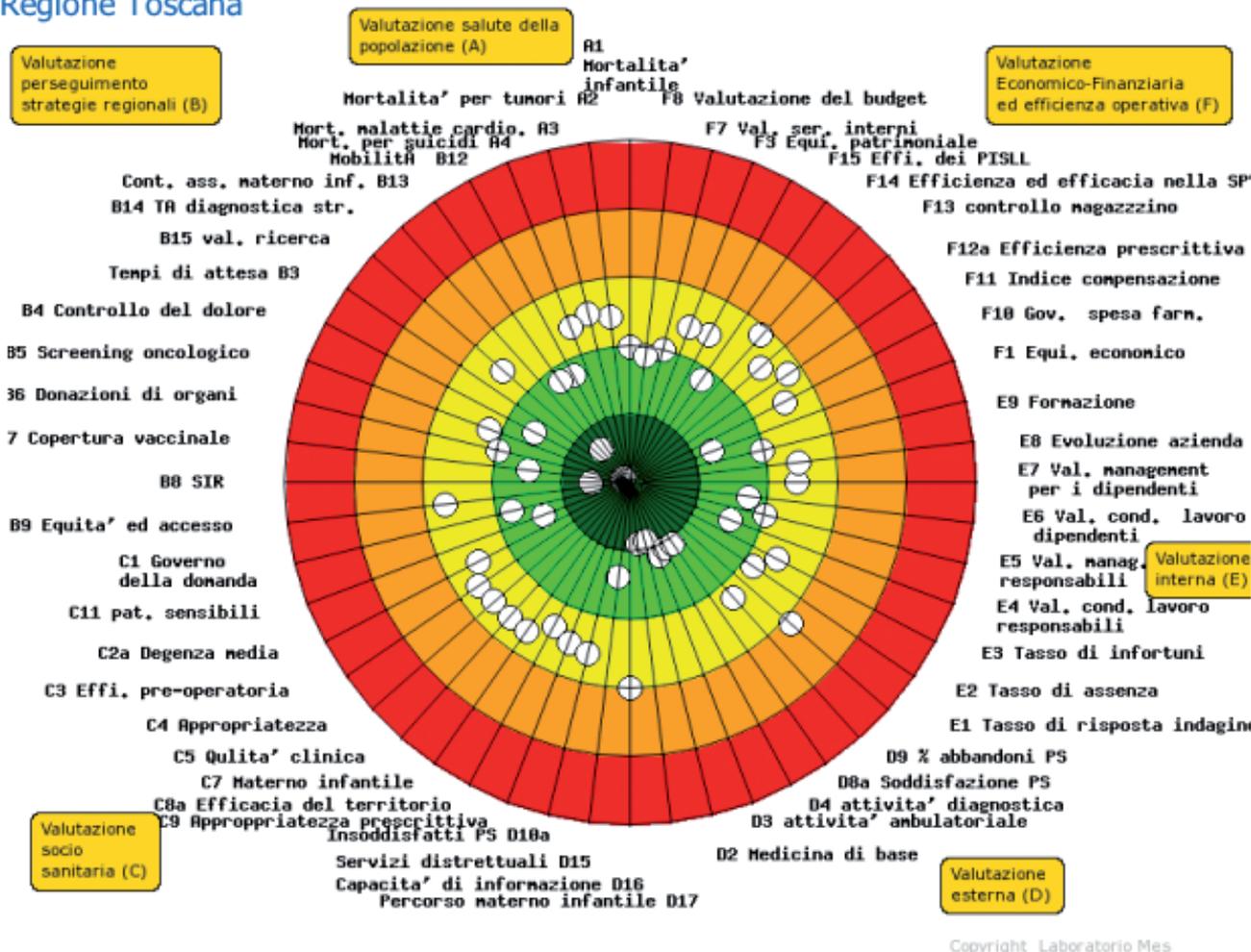


Fig. 1 Il bersaglio regionale 2007

Come appare dal bersaglio regionale, gli indicatori in cui si registra la performance più elevata sono quelli relativi alla dimensione esterna. I cittadini hanno infatti espresso anche questo anno un giudizio significativamente positivo relativamente ai servizi sanitari oggetto di indagine, ossia la medicina di base, i servizi di diagnostica, di specialistica ambulatoriale e il percorso materno infantile. Ottima la performance raggiunta anche in alcuni indicatori della dimensione B relativa alla capacità del sistema di perseguire le strategie regionali. In fascia verde scuro si trovano il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e specialistiche da erogare entro i 15 giorni per la prima visita (indicatore B3), i tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche e strumentali (B14) e la tempestività nell'invio dei dati al Sistema Sanitario Regionale (B8). Gli indicatori in fascia verde scura, dunque, sono complessivamente 5, mentre in fascia verde con buona performance se ne contano 17. Tra questi, sono presenti ancora molti indicatori della dimensione esterna, ossia relativa alla soddisfazione ed esperienza degli utenti, quasi tutti gli indicatori della dimensione relativa alle capacità di conseguire le strategie regionali, alcuni indicatori della dimensione interna e di efficienza operativa.

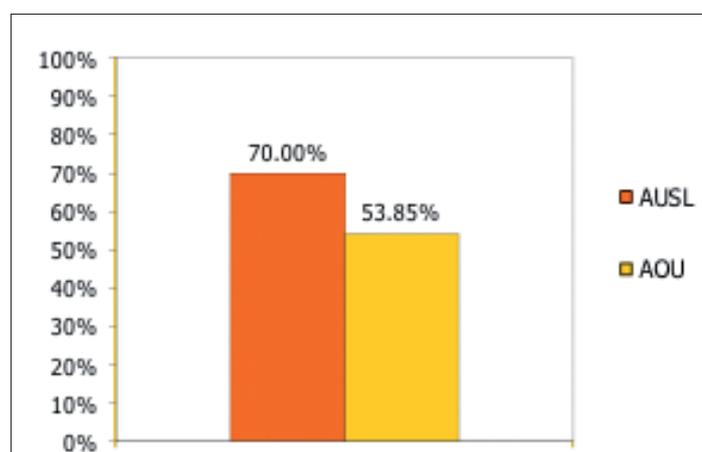
Codice indicatore	Indicatori	Valutazione
A1	Mortalità infantile (2003-2005)	3.02
B6	Donazioni di organi	3.03
E9	Formazione	3.03
F8	Valutazione del Budget	3.15
F14	Efficienza ed efficacia nella SPV	3.18
B13	Continuità assistenziale: percorso materno infantile	3.22
B12	Mobilità (ACU)	3.25
E6	Condizioni di lavoro per i dipendenti	3.27
E4	Condizioni di lavoro per i responsabili	3.44
B4	Strategie per il controllo del dolore	3.45
B7	Copertura vaccinale	3.53
D15	Servizi distrettuali	3.61
C11	Efficacia assistenziale delle cure primarie	3.66
D3	Valutazione attività ambulatoriale	3.84
D4	Valutazione attività diagnostica	3.91
D8a	Livello soddisfazione Pronto Soccorso	3.92
D17	Soddisfazione percorso materno infantile	4.10
D2	Valutazione medicina di base	4.12
B14	Tempi di attesa prestazioni diagnostica strumentale	4.36
B8	Tempestività di trasmissione dati al SIR	4.43
B3	Tempi di attesa per 7 prestazioni ambulatoriali	4.87

Fig. 2 Indicatori con performance ottima e buona

Nella fascia intermedia permangono la maggior parte degli indicatori della dimensione di valutazione socio-sanitaria C, che pure registra nel 2007 un risultato complessivo di netto miglioramento rispetto al 2006.

Le peggiori performance a livello regionale si riscontrano nell'indicatore D16, che misura la soddisfazione dei cittadini rispetto alla capacità di informazione delle Ausl, confermando tale area di criticità, e nell'indicatore E1, relativo al tasso di risposta all'indagine di clima dei dipendenti. In questo ultimo caso il valore medio regionale è il risultato di performance molto variegata tra le aziende, alcune delle quali sono comunque riuscite a conseguire un buon risultato. L'indicatore rappresenta una proxy significativa del grado di partecipazione e di adesione dei dipendenti alle strategie aziendali. Una bassa percentuale è, dunque, indicativa di scarsa comunicazione interna e di difficoltà dei dipendenti a sentirsi coinvolti nelle strategie aziendali.

Nel corso del 2007- 2008 i temi del clima organizzativo e dei processi di miglioramento della gestione delle risorse umane sono stati oggetto di profonda riflessione e lavoro condiviso nei percorsi formativi manageriali per i dirigenti di struttura complessa e della direzione aziendale, proprio per attivare strategie di cambiamento in questa area della performance assai critica e influente sui risultati complessivi.



Confrontando la performance degli indicatori che sono stati oggetto di valutazione nel 2007 confrontabili con il 2006, a livello regionale si registra un miglioramento della performance nella maggioranza dei casi, per alcuni indicatori in misura rilevante. In particolare, le aziende sanitarie territoriali sono riuscite a conseguire un miglioramento della performance nel 70% dei casi, mentre per le aziende ospedaliero-universitarie il miglioramento della performance è presente nel 53,85% dei casi.

Fig. 3 Percentuale media di indicatori 2007 migliorati rispetto al 2006, per Ausl e Aou

La capacità di miglioramento rispetto all'anno precedente è stata perseguita dalle aziende con modalità diverse e con differenti risultati nelle dimensioni monitorate. Nel grafico seguente si presenta la percentuale di indicatori sulla quale ciascuna azienda è riuscita a perseguire un risultato di miglioramento nel 2007 rispetto al 2006. Da sottolineare la capacità delle aziende territoriali di Pisa, Grosseto, Firenze, Prato e Massa-Carrara che hanno registrato dal 2006 al 2007 un miglioramento su oltre il 60% degli indicatori. Tale dato va letto congiuntamente con la situazione di partenza dell'azienda. Alcune aziende, come ad esempio Arezzo, Viareggio ed Empoli, pur registrando percentuali di miglioramento minori, contavano già su una performance positiva iniziale in molte dimensioni oggetto di monitoraggio.

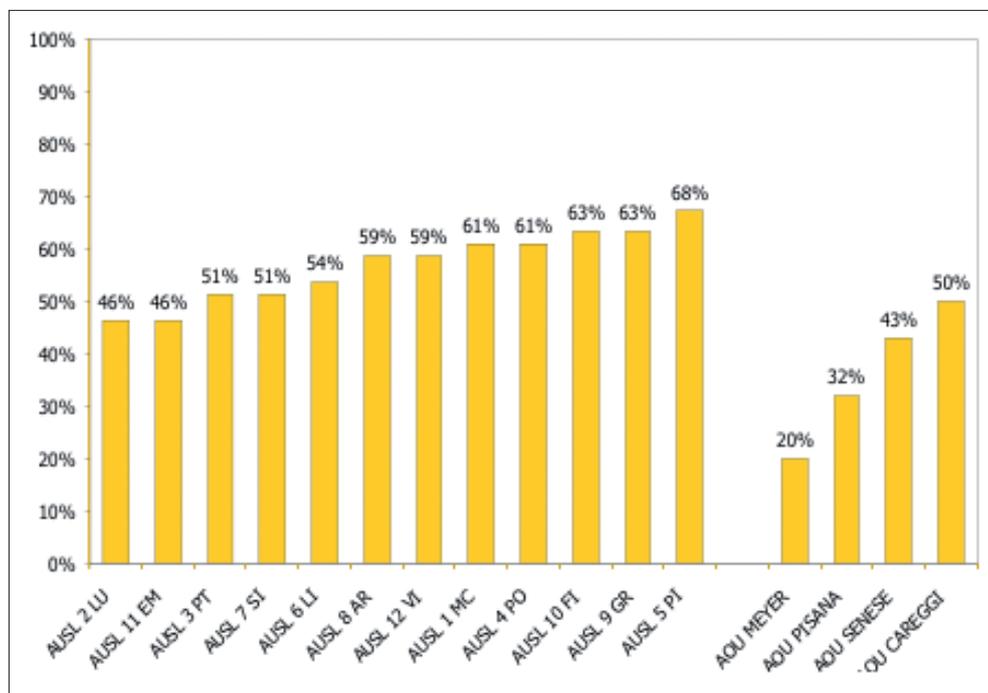


Fig. 4 Percentuale di indicatori 2007 migliorati rispetto al 2006

Il grafico successivo evidenzia l'andamento per tutti gli indicatori del bersaglio presenti sia nel 2006 che nel 2007. La colonna globale evidenzia il risultato in termini di valutazione da 0 a 5 ottenuto nel 2007, mentre la parte in viola mostra la differenza di punteggio tra il 2006 ed il 2007, che naturalmente può essere sia positiva che negativa. Come appare evidente dal grafico, il numero di indicatori in cui si registra un miglioramento è nettamente superiore a quello in cui la performance è peggiorativa, e questo dimostra la capacità del sistema di attivare cambiamenti, certamente anche grazie al sistema di valutazione introdotto.

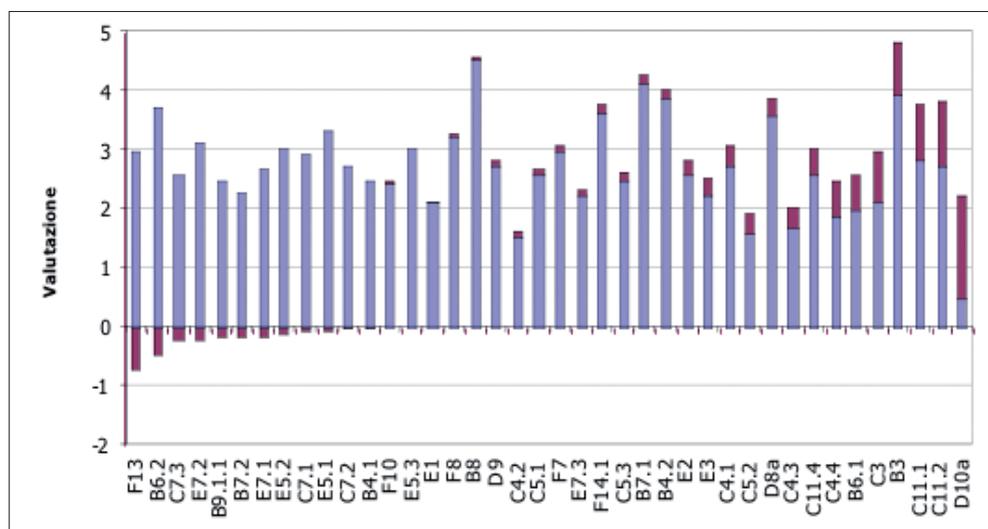


Fig. 5 Punteggi 2007 e variazione 2007-2006, media regionale Ausl

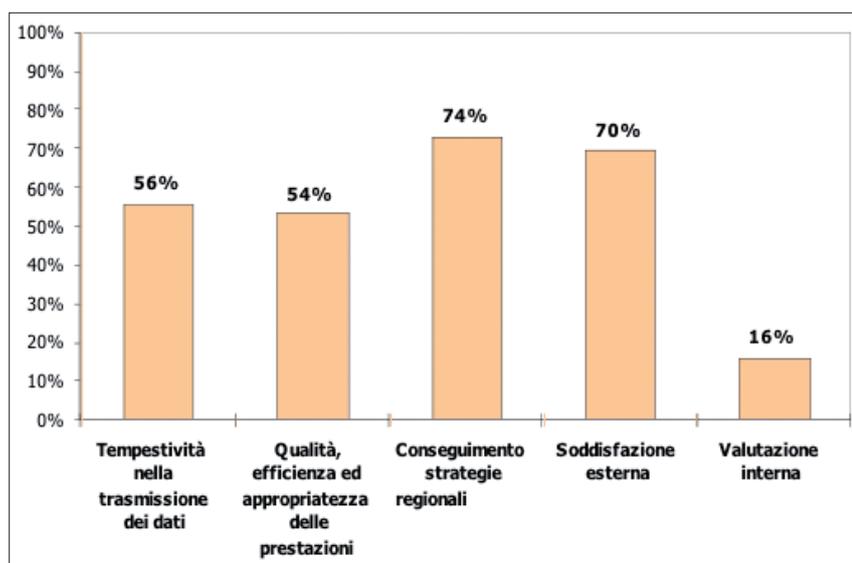


Fig. 7 Percentuali medie di raggiungimento degli obiettivi legati all'incentivazione delle direzioni aziendali

3. La sostenibilità economica del Sistema Sanitario Toscano *di Carla Donati, Niccolò Persiani e Luca Giorgiotti*¹⁰

Con la definizione del c.d. accordo Stato-Regioni (08/08/2001) il metodo e gli scopi della misurazione della spesa sanitaria delle Regioni da parte dello Stato sono stati profondamente modificati.

Con tale accordo infatti lo Stato da una parte ha dato certezza al livello di finanziamento necessario per garantire i livelli essenziali di assistenza in tutto il Paese, dall'altra ha attribuito alle Regioni piena "autonomia nel settore dell'organizzazione della sanità" e piena responsabilità sui fondi assegnati.

Per contro è stato stabilito che alla certezza e piena responsabilità delle risorse del Fondo dovesse corrispondere l'impegno delle stesse ad adottare misure di programmazione e garantire risultati in equilibrio.

Tali risultati sono periodicamente sottoposti alla verifica di un "Tavolo di monitoraggio" cui partecipano rappresentanti di Ministeri dell'Economia, della Salute e rappresentanti delle Regioni e che verifica l'adempienza o meno della singola Regione rispetto alle regole individuate dalla normativa.

In base all'attuale normativa qualora un sistema regionale si trovi in stato di disavanzo e si dimostri non in grado di garantire con le risorse attribuite, i livelli di essenziali di assistenza, esso sarà costretto ad applicare immediate misure di riduzione della spesa (il c.d. Piano di Rientro) nonché misure di rifinanziamento del deficit tramite l'innalzamento delle aliquote di imposta o l'applicazione di maggiori ticket.

A questo contesto complessivo occorre allora fare riferimento per valutare lo stato di salute dei conti sanitari regionali.

La strutturazione di un sistema di monitoraggio della spesa su base nazionale, correlato alla piena autonomia regionale nell'organizzazione dei sistemi aziendali, comporta infatti una duplice livello di analisi e valutazione.

Una prima valutazione viene effettuata a livello regionale. Tale valutazione è operata dal Tavolo di monitoraggio del Ministero tramite una procedura che, pur partendo dai dati dei bilanci aziendali, rielabora i valori ed i risultati in esso rappresentati e li consolida nel bilancio dello Stato. Responsabilità della Regione è, in questo caso, garantire l'equilibrio nella gestione della spesa e correttezza nella rendicontazione dei dati. Conseguenza di una errata gestione delle risorse, come anticipato, è l'inasprimento fiscale a livello locale, l'obbligo di intervento sulla spesa regionale ed una serie di sanzioni accessorie che possono portare fino al commissariamento.

Una seconda valutazione che è quella effettuata sui bilanci delle aziende sanitarie ed ospedaliere. Tale valutazione avviene in base ai dati esposti nei bilanci delle aziende e misura il livello di efficienza, efficacia ed economicità della gestione. Responsabilità di tale controllo è della Regione.

Ai fini del monitoraggio sui conti pubblici effettuato dai Ministeri dell'Economia e della Salute, il risultato complessivo del SSRT, è determinato quale differenza tra il fondo sanitario nazionale assegnato alla Regione per l'anno di com-

¹⁰ Carla Donati è dirigente del settore finanza, in Regione Toscana, Niccolò Persiani è professore ordinario di Economia Aziendale presso la Facoltà di Medicina dell'Università di Firenze, Luca Giorgiotti, è responsabile della posizione organizzativa, nel settore finanza, in Regione Toscana).

petenza, cui sono aggiunte le eventuali quote di entrata specifica regionale e le entrate aziendali, con i costi aziendali e con quelli direttamente sostenuti dalla Regione per le spese sanitarie.

Nella seguente tabella sono evidenziate le risorse a disposizione della Regione Toscana per la gestione del servizio sanitario regionale nel 2007 espresse in milioni di euro.

Anno	2007
Risorse fondo sanitario	6.132
Entrate aziendali	778
Plusvalenze da alienazioni realizzate	21
TOTALE	6.821

Fig. 1 Le risorse a disposizione della Regione Toscana per la gestione del servizio sanitario regionale , anno 2007

Tali spese vengono rendicontate periodicamente tramite il sistema definito dei CE al tavolo di monitoraggio, che, esclude però dalla valutazione tutti i costi e i ricavi di natura non monetaria, quindi tutti gli ammortamenti e accantonamenti e le relative sterilizzazioni, secondo la logica della contabilità finanziaria che regola il meccanismo di consolidamento dei conti nazionali e il controllo della spesa pubblica esprimendo, per il 2007, i seguenti risultati in milioni di euro:

Anno	2007
Risorse fondo sanitario	6.132
Entrate aziendali	778
Plusvalenze da alienazioni realizzate	21
TOTALE	6.821

Fig. 2 Dati risultanti dal Tavolo di monitoraggio

Se ne deduce, per il sesto anno consecutivo, un giudizio pienamente positivo della gestione di tali risorse da parte del sistema regionale.

La Regione Toscana infatti è una delle poche regioni italiane a non aver mai introdotto tasse addizionali pur avendo garantito pienamente i livelli di assistenza.

Il sistema risulta solidamente in equilibrio garantendo addirittura economie che possono essere reinvestite nel sistema.

A conferma di quanto detto da una parte le positive relazioni degli organi di controllo nazionali, dall'altra il duplice riconoscimento nei confronti della Regione. Da una parte essa è stata chiamata a coordinare proprio il tavolo di monitoraggio nazionale, dall'altra alla Regione Toscana è stato chiesto di affiancare la Regione Campania nel suo processo di rientro dal disavanzo.

Il risultato del Servizio Sanitario Regionale pur essendo, come visto, distinto dal risultato delle singole aziende trova nello stesso la sua componente principale.

In particolare la garanzia di un buon risultato al termine dell'anno può essere garantito solo dal corretto monitoraggio della spesa nei singoli bilanci.

Per tale ragione la Regione Toscana ha avviato un percorso di studio delle norme contabili regionali recependo anche nei bilanci delle aziende del Servizio Sanitario Regionale i principi contabili nazionali e costruendo principi contabili regionali che li adattassero alla realtà sanitaria.

Con tale sistema si è cercato di imporre la rilevazione di costi e ricavi secondo principi di prudenza, certezza e determinabilità delle poste.

Sono in particolare oggetto del controllo da parte della regione e del tavolo di Monitoraggio Nazionale tre specifiche voci:

Il risultato di esercizio aziendale, ovvero l'utile o la perdita rappresentato nel bilancio e nella rendicontazione alla regione (il c.d. modello CE) dalle aziende. Tale risultato contribuisce alla definizione del risultato regionale in maniera determinante in quanto attraverso le aziende è gestita la parte principale delle risorse

I costi di ammortamento, ovvero la misurazione del consumo delle risorse patrimoniali. Tale valore è escluso dal sistema di monitoraggio nazionale in quanto il rinnovo del patrimonio è legato alla dinamica di specifici finanziamenti in conto capitale.

I costi capitalizzati, per la ragione precedente anche questi valori positivi sono esclusi dal valore del risultato aziendale per depurarlo dalle componenti patrimoniali in esso contenuti nonché dalla dinamiche del processo contabile detto di sterilizzazione.

Nella tabella che segue è rappresentato il risultato, come sopra determinato, prodotto dal Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2007.

Anno	2007
RISULTATO RICONOSCIUTO AL TAVOLO DI MONITORAGGIO	+ 72

Fig. 3 Il risultato delle singole aziende del Servizio Sanitario Regionale, anno 2007

Tale risultato, di per sé estremamente positivo ed in netto miglioramento rispetto agli anni precedenti corrisponde a circa il 50% degli ammortamenti non sterilizzati dalle aziende evidenziando una capacità del sistema di rafforzare, tramite il processo di autofinanziamento, la propria struttura patrimoniale.

Appare comunque utile osservare anche la tabella successiva che presenta gli utili e perdite complessivi delle aziende.

Anno	2007
Totale utile / perdita aziendale	-45.210

Fig. 4 Gli utili e le perdite complessive delle aziende sanitarie, anno 2007

In questo caso il sistema presenta una perdita complessiva di € 45.000.000 che, seppur esigua (0,6%) rispetto al volume di risorse trattate dal Servizio Sanitario Regionale necessita di un' operazione di rifinanziamento da parte della Regione.

Data la natura patrimoniale delle perdite esposte nei bilanci (ovvero scaturente dalla dinamica degli ammortamenti non sterilizzati) questa copertura è stata deliberata come operazione di ricapitalizzazione delle aziende ovvero come destinazione di risorse che dovrà avvenire sotto forma di specifici contributi vincolati all'acquisizione di nuove tecnologie ed al potenziamento delle strutture patrimoniali aziendali.

4. La valutazione 2007 della performance delle aziende sanitarie toscane di Sabina Nuti

Nei paragrafi successivi si illustra sinteticamente la performance conseguita in ogni realtà aziendale del sistema nel 2007.

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

E' da sottolineare che la valutazione è relativa al 2007, ad eccezione di quegli indicatori i cui dati, al momento della predisposizione del seguente report, non erano ancora disponibili.

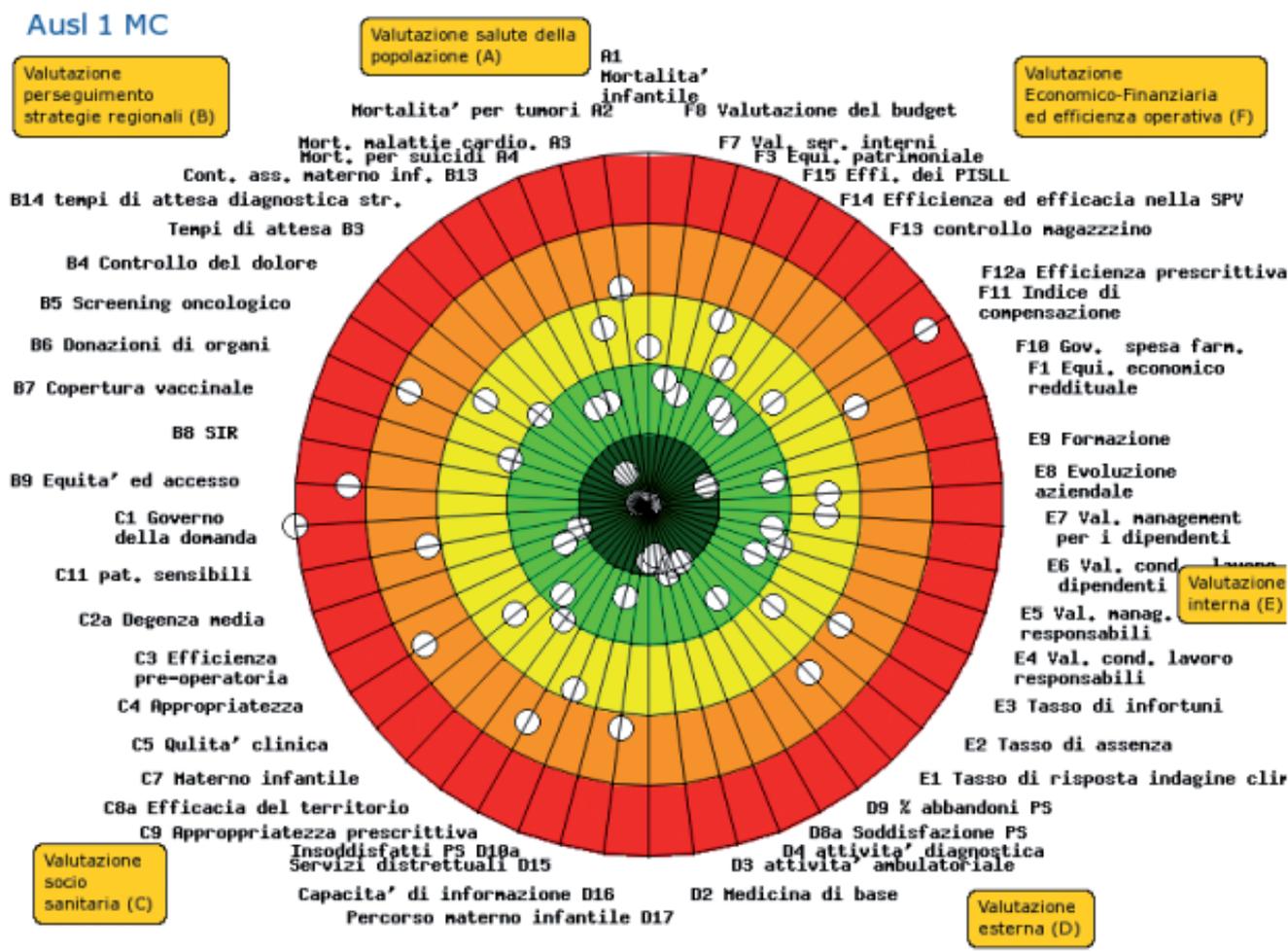
In particolare gli indicatori di screening oncologici (indicatore B5) ed il tasso d ospedalizzazione (indicatore C1) si riferiscono al 2006, mentre gli indicatori relativi alla salute della popolazione (indicatori A1, A2, A3 e A4) fanno riferimento al triennio 2003-2005.

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

4.1 La performance dell'Ausl 1 di Massa Carrara

L'azienda Ausl 1 di Massa Carrara è riuscita a perseguire un risultato di miglioramento rispetto al 2006 nel 61% degli indicatori monitorati, dimostrando rilevanti capacità di cambiamento e di sviluppo. Nel bersaglio del 2007, infatti, compaiono ben 17 risultati in fascia verde e 8 in fascia verde scuro, rispetto ai 12 in fascia verde e ai 6 in fascia verde scuro del 2006. Il miglioramento si registra soprattutto in alcuni indicatori quali il C3, ossia la degenza media preoperatoria per interventi chirurgici programmati, che evidenzia la capacità dell'azienda di una riorganizzazione del percorso di preospedalizzazione e di gestione differenziata dell'attività programmata rispetto al percorso emergenza. Risultati significativi sono conseguiti anche sugli indicatori relativi alla qualità delle prestazioni ospedaliere sanitarie (C5), ma anche sul territorio come dimostra il miglioramento della copertura vaccinale (B7). Risultati ottimi si registrano nella valutazione dei cittadini relativamente sia alla medicina di base (D2) che ai servizi diagnostici ambulatoriali (D3-D4), e buono è anche il giudizio delle utenti del percorso materno-infantile che valutano positivamente il grado di coordinamento del percorso (B13). In questo ambito è da segnalare l'ottima performance dell'azienda relativamente al tasso di cesarei, che risulta non solo tra i più bassi della regione, ma anche in diminuzione rispetto al 2006, evidenziando capacità di fornire appropriati servizi di qualità. Permangono dei problemi negli indicatori di appropriatezza (C4). In questo ambito l'azienda registra ancora difficoltà nel realizzare gli interventi di colecistectomia laparoscopica in day surgery o in ricovero ordinario di un giorno, nonché continua a rimanere elevata la percentuale di drg medici dimessi dai reparti chirurgici. Relativamente alla valutazione interna, risulta nettamente migliorato di quasi un punto il tasso di assenza dei dipendenti (E2), mentre risulta ancora bassa nel confronto regionale la partecipazione dei dipendenti all'indagine di clima interno (E1), pur con un incremento dal 25% del 2006 al 34% del 2007. Permane critico, infine, il risultato relativo all'indicatore della capacità di fornire assistenza appropriata per le patologie sensibili alle cure ambulatoriali (C11), con particolare riferimento allo scompenso cardiaco dove l'azienda continua a registrare il più alto livello del tasso di ospedalizzazione della regione.

Complessivamente si evidenzia che gli indicatori in fascia rossa, che nel 2006 erano cinque, si sono ridotti nel 2007 a due, e che gli indicatori in fascia arancione, pari a dodici nel 2006, sono ora nove. Su un totale di 46 indicatori che si riferiscono al 2007, 25 si collocano nelle fasce verdi.



Copyright Laboratorio Mes

Fig. 1 Sistema di valutazione 2007

Indicatori con la migliore performance a livello regionale:

B3	Tempi di attesa per 7 prestazioni ambulatoriali
C5.2	% Fratture anca operate in 2 gg
C11.3	Tasso di ospedalizzazione per BPCO
D3	Valutazione attività ambulatoriale
D4	Valutazione attività diagnostica
D17.2.1	Professionalità medici
F7	Valutazione dei servizi interni
F12a.3	Sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina:molecole a brevetto scaduto

Fig. 2 Best Practices

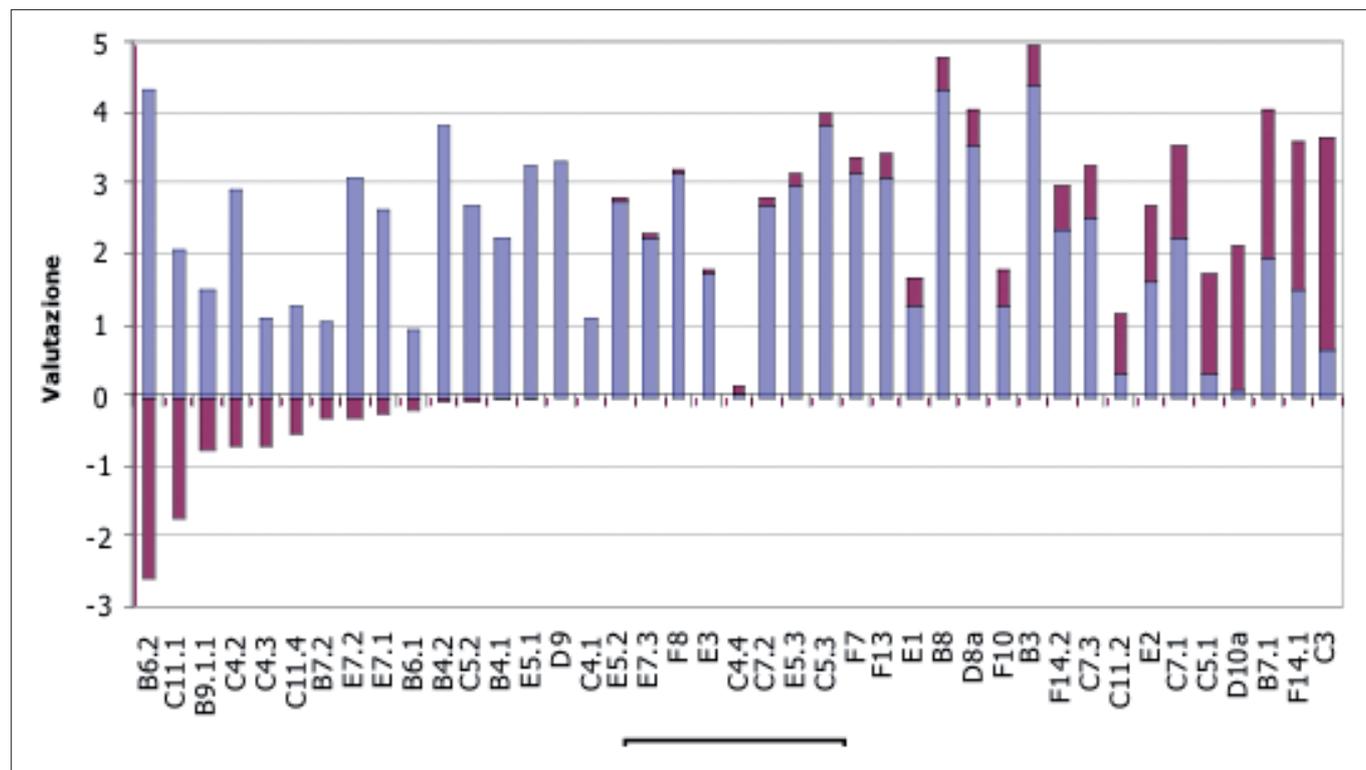


Fig. 3 Punteggi 2006 e variazione 2007-2006

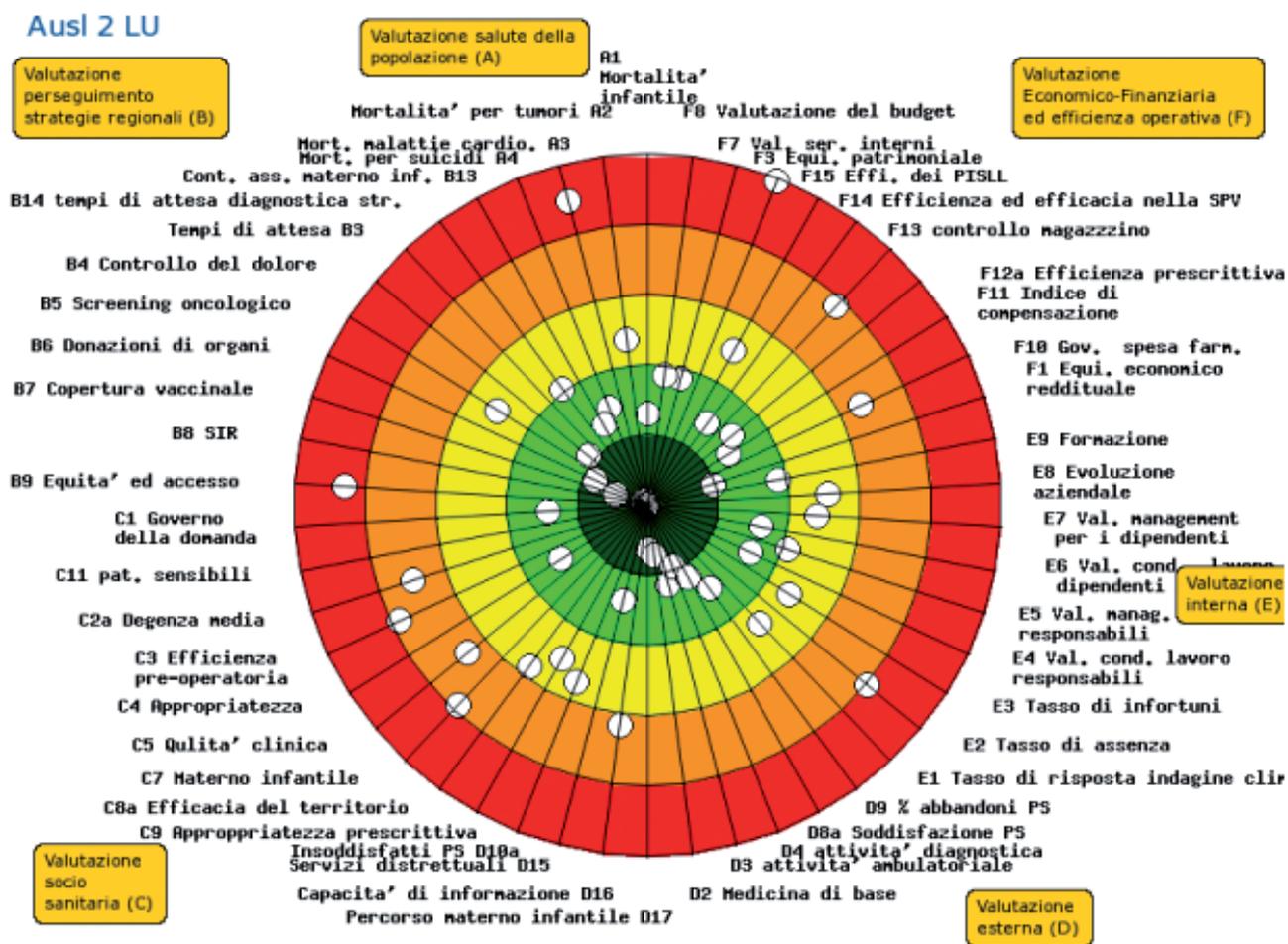
4.2 La performance dell'Ausl 2 di Lucca

La performance della Ausl 2 di Lucca nel 2007 appare complessivamente buona, registrando 25 indicatori nelle fasce verde e verde scuro su 46 monitorati nel 2007. Le aree di debolezza si concentrano in ambito sanitario negli indicatori relativi all'efficienza, ossia in particolare il numero di giornate di degenza in media superiore rispetto al contesto regionale (C2A) e all'efficienza preoperatoria per l'attività chirurgica programmata (C3), ancora di circa due giornate, allo standard regionale richiesto pari a un giorno. Continua essere un parametro critico la performance del percorso materno – infantile (C7).

Interessante comunque rilevare che riguardo alla percezione delle pazienti, il percorso materno-infantile registra il più alto livello di consensi nel confronto regionale relativamente alla capacità di coordinamento degli operatori sanitari nelle varie fasi di percorso (B13). Tra gli indicatori che registrano un significativo livello di miglioramento dal 2006 al 2007 sono da evidenziare il tasso di ospedalizzazione per scompenso (C11.1) e per diabete (C11), in cui l'azienda consegue la best practice regionale. Si rilevano inoltre, le seguenti altre best practices regionali: percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day surgery e ricovero ordinario 0-1 giorni (C.4.4); DRG LEA medici: percentuali di standard raggiunti (C4.3); percentuali prostatectomia transuretrale (C5.3); tasso di ricoveri con patologie psichiatriche per minorenni (C8.9).

Per quanto riguarda il governo della spesa farmaceutica (F10) si evidenzia un forte miglioramento anche se la spesa rimane in zona di attenzione.

Complessivamente l'azienda Ausl 2 di Lucca registra una percentuale di miglioramento sul 46% degli indicatori monitorati dal 2006 al 2007, evidenziando capacità di cambiamento nonostante una situazione complessivamente soddisfacente.



Copyright Laboratorio Mes

Fig. 4 Sistema di valutazione 2007

Indicatori con la migliore performance a livello regionale:

B8	Tempestività di trasmissione dati al SIR
B6.2	Percentuale di donatori effettivi di organi
B7.2	Grado di copertura per vaccino antinfluenzale
B13	Continuità assistenziale: percorso materno infantile
C4.3	DRG LEA medici: %standard raggiunti
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in DS e R0 0-1gg
C5.3	% prostatectomie transuretrali
C11.1	Tasso ospedalizzazione scompenso
C11.2	Tasso ospedalizzazione diabete con complicanze a lungo periodo
D2.2	Valutazione pediatria di libera scelta
D17	Soddisfazione percorso materno infantile
F12a.6	Derivati diidropiridinici: % molecole a brevetto scaduto
F14.2.1	Flussi in ritardo
F14.2.2	Flussi con modulistica non conforme

Fig. 5 Best Practices

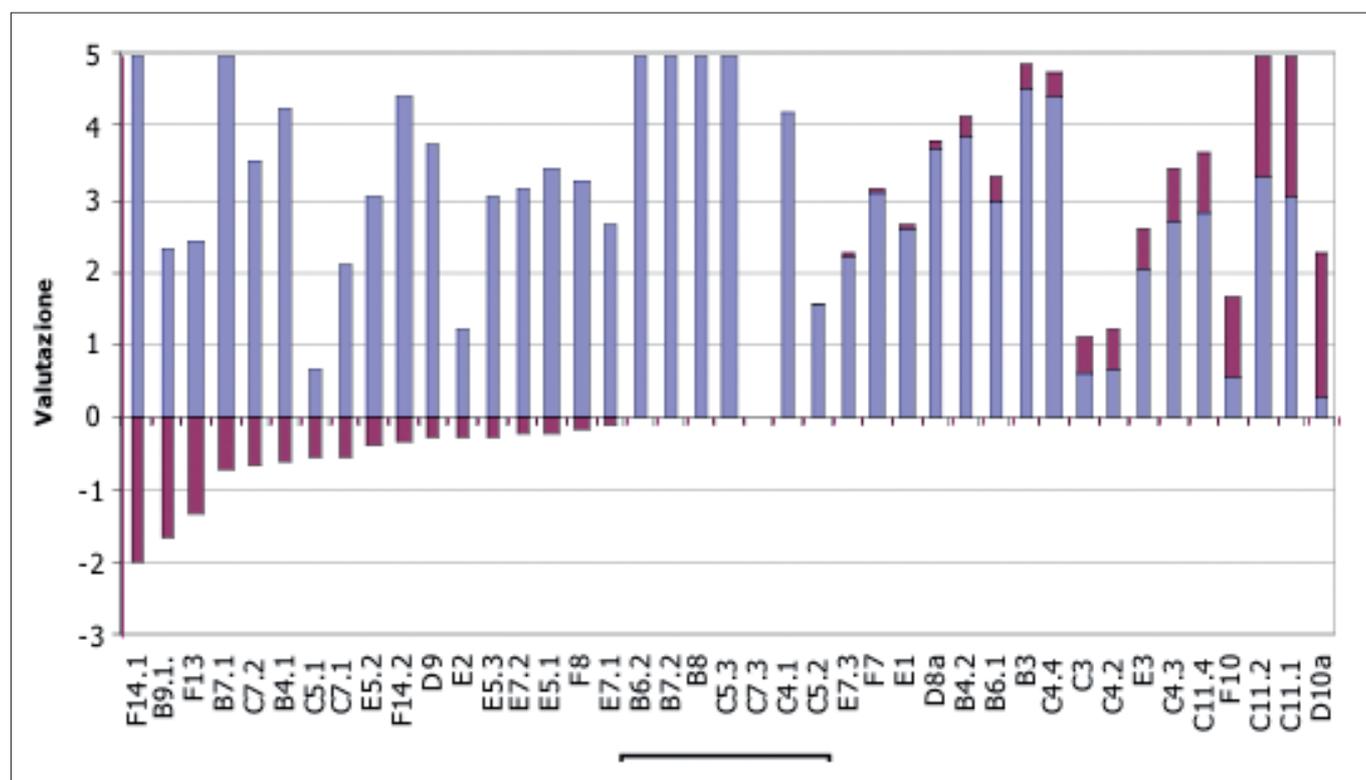


Fig. 6 Punteggi 2006 e variazione 2007-2006

4.3 La performance dell'Ausl 3 di Pistoia

La performance della Ausl 3 di Pistoia appare complessivamente molto buona, in quanto nel 2007 non si registra nessun indicatore in fascia rossa e solo 6 indicatori in fascia arancione, mentre si segnalano ben 15 indicatori in fascia verde e 8 in fascia verde scuro, su un totale di 47 indicatori. La percentuale di miglioramento degli indicatori monitorati è pari al 51%. Pur in presenza di una situazione complessivamente positiva si registrano alcuni peggioramenti di performance, come la copertura per il vaccino antinfluenzale per anziani (B7) e il tasso di abbandono degli utenti dal pronto soccorso dopo il triage e prima della visita del medico (D9). Il peggioramento dell'indicatore di appropriatezza relativo alla percentuale di dimessi con drg medico da reparti chirurgici (C4.1) è legato al processo di riorganizzazione dell'ospedale e alle condizioni di difficoltà della struttura in attesa della costruzione del nuovo ospedale. Ancora bassa la valutazione degli utenti del pronto soccorso (D10a), pur se in forte miglioramento rispetto al 2006, dove è giudicato carente in particolare il confort della sala d'attesa e delle strutture. Particolarmente positivo il risultato di efficienza sanitaria (C2a) dove l'azienda di Pistoia riporta il secondo risultato migliore a livello regionale e buoni i risultati relativamente all'appropriatezza farmaceutica (C9), soprattutto per quanto riguarda il ridotto tasso di abbandono delle statine. Relativamente agli strumenti manageriali interni viene valutato particolarmente positivo dai dirigenti aziendali l'adozione del sistema di budget (F8).

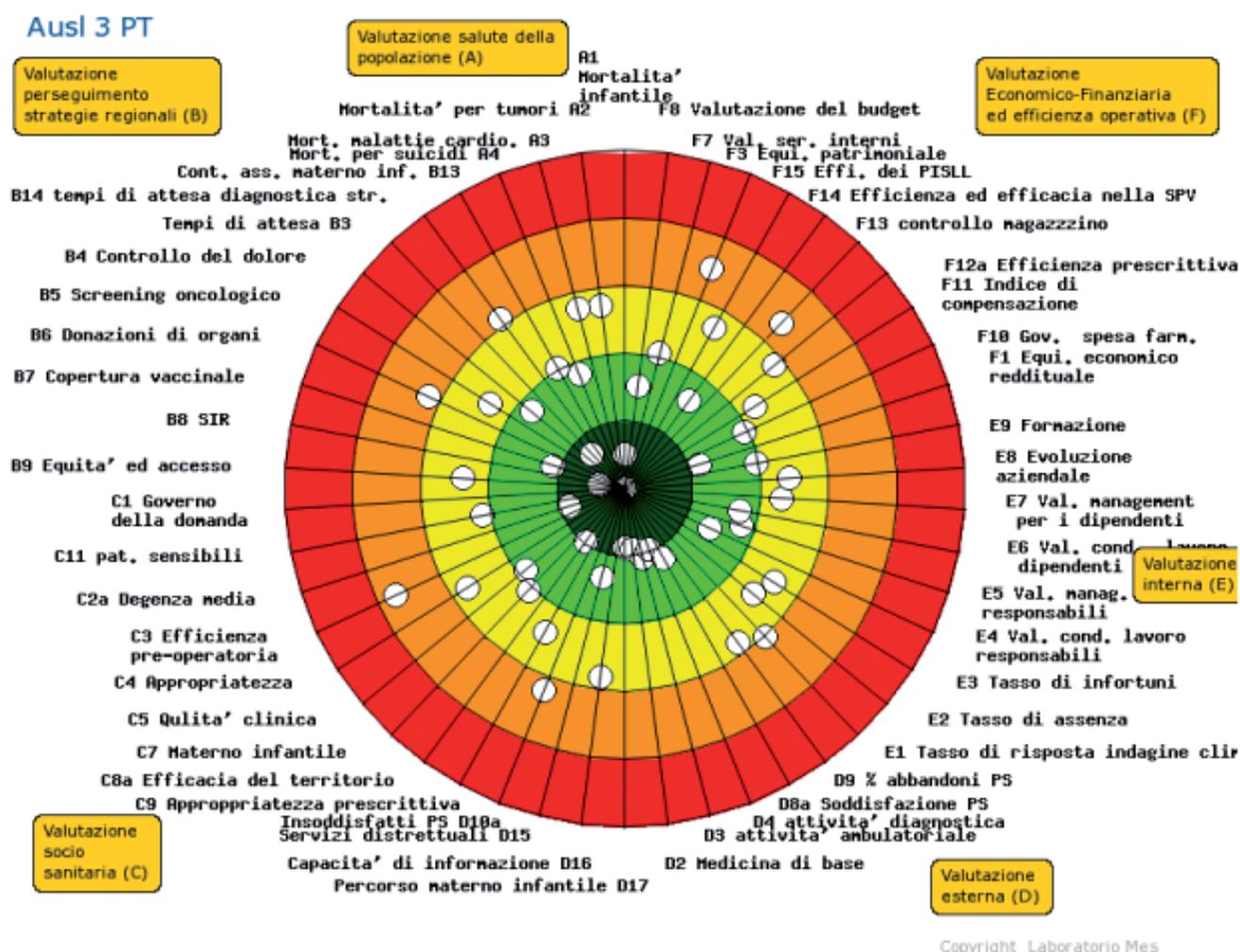


Fig. 7 Sistema di valutazione 2007

Indicatori con la migliore performance a livello regionale:

C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC
C9.2	Statine: tasso di abbandono
D16	Capacità di informazione sui servizi della Ausl

Fig. 8 Best Practices

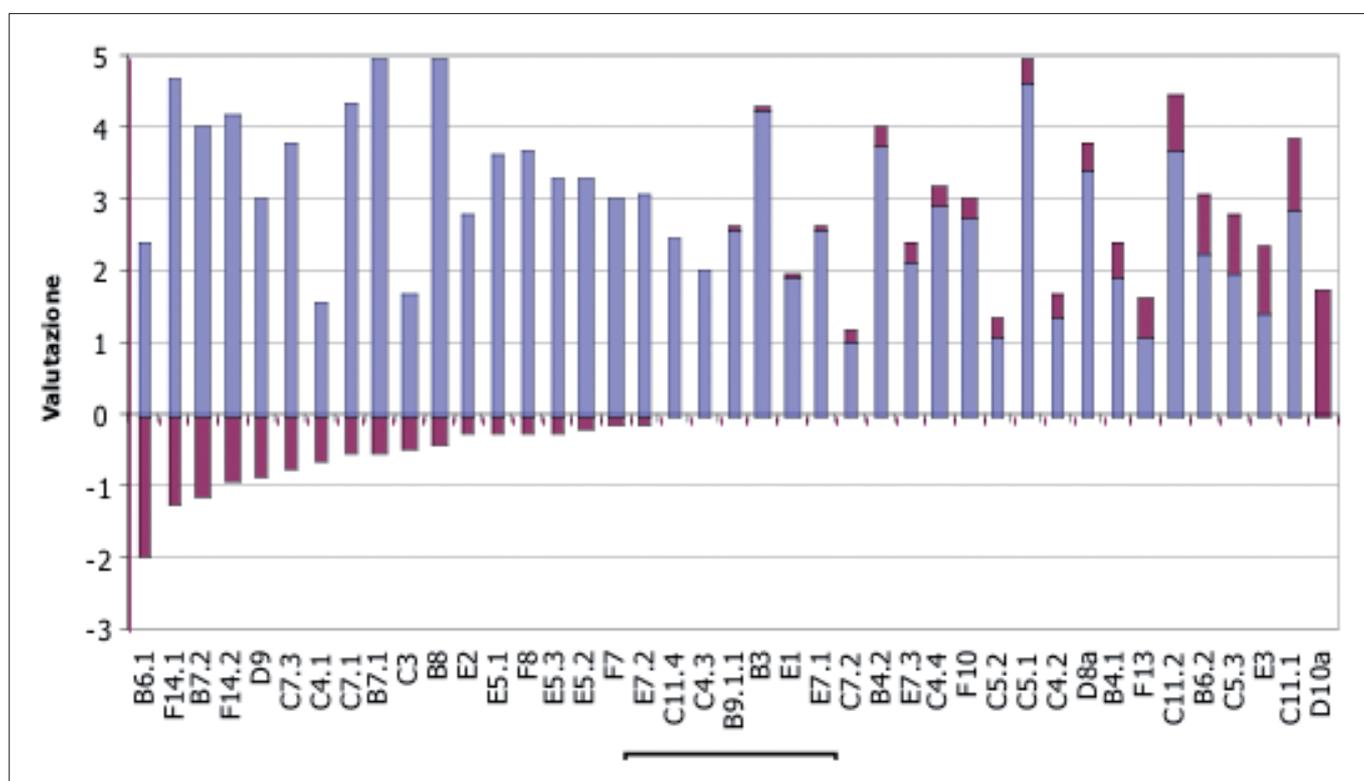


Fig. 9 Punteggi 2007 e variazione 2007-2006

4.4 La performance dell'Ausl 4 di Prato

L'azienda Usl 4 di Prato nel 2007 ha affrontato un profondo processo di cambiamento che ha permesso di conseguire un risultato di miglioramento sul 61% degli indicatori monitorati. Sia il bersaglio, sia in particolare il grafico che presenta le variazioni di risultato tra il 2006 e il 2007, evidenziano quanto questo intervento sia stato significativo, soprattutto negli indicatori relativi all'efficacia assistenziale delle cure primarie (C11). Per tassi di scompeso polmonite e diabete, infatti, grazie a un intervento sistematico di riorganizzazione del percorso tra ospedale e territorio, l'azienda passa in un anno da valori fra i più elevati a una performance fra le migliori della regione. Pur rimanendo critica la performance relativa all'efficienza della degenza media (C2a), che è la più alta rispetto alla media regionale nelle aziende sanitarie territoriali, migliora leggermente l'efficienza della degenza media preoperatoria (C3) ma soprattutto migliora l'appropriatezza (C4), che passa dalla fascia arancione alla fascia gialla.

L'azienda presenta inoltre un'ottimo risultato relativamente al percorso materno-infantile (C7), registrando il tasso dei cesarei più basso a livello regionale. Da evidenziare inoltre la significativa percentuale di miglioramento nella valutazione data dai dirigenti di struttura al processo di budget (F8), che presenta un risultato nettamente superiore alla media regionale, evidenziando il gradimento dei responsabili di struttura all'intenso lavoro di coinvolgimento e di responsabilizzazione nell'adozione di tale strumento gestionale.

Tra i punti di debolezza si registrano ancora difficoltà nel pronto soccorso per quanto riguarda sia la percentuale di abbandono (D9) che presenta la peggiore performance al livello regionale, che il livello di insoddisfazione degli utenti (D10a), anche se il livello di soddisfazione (D8) è aumentato significativamente dal 2006 al 2007.

Complessivamente gli indicatori in fascia verde e verde scuro, rispettivamente 18 e 10, rappresentano oltre il 60% dei 46 indicatori globali riferiti al 2007.

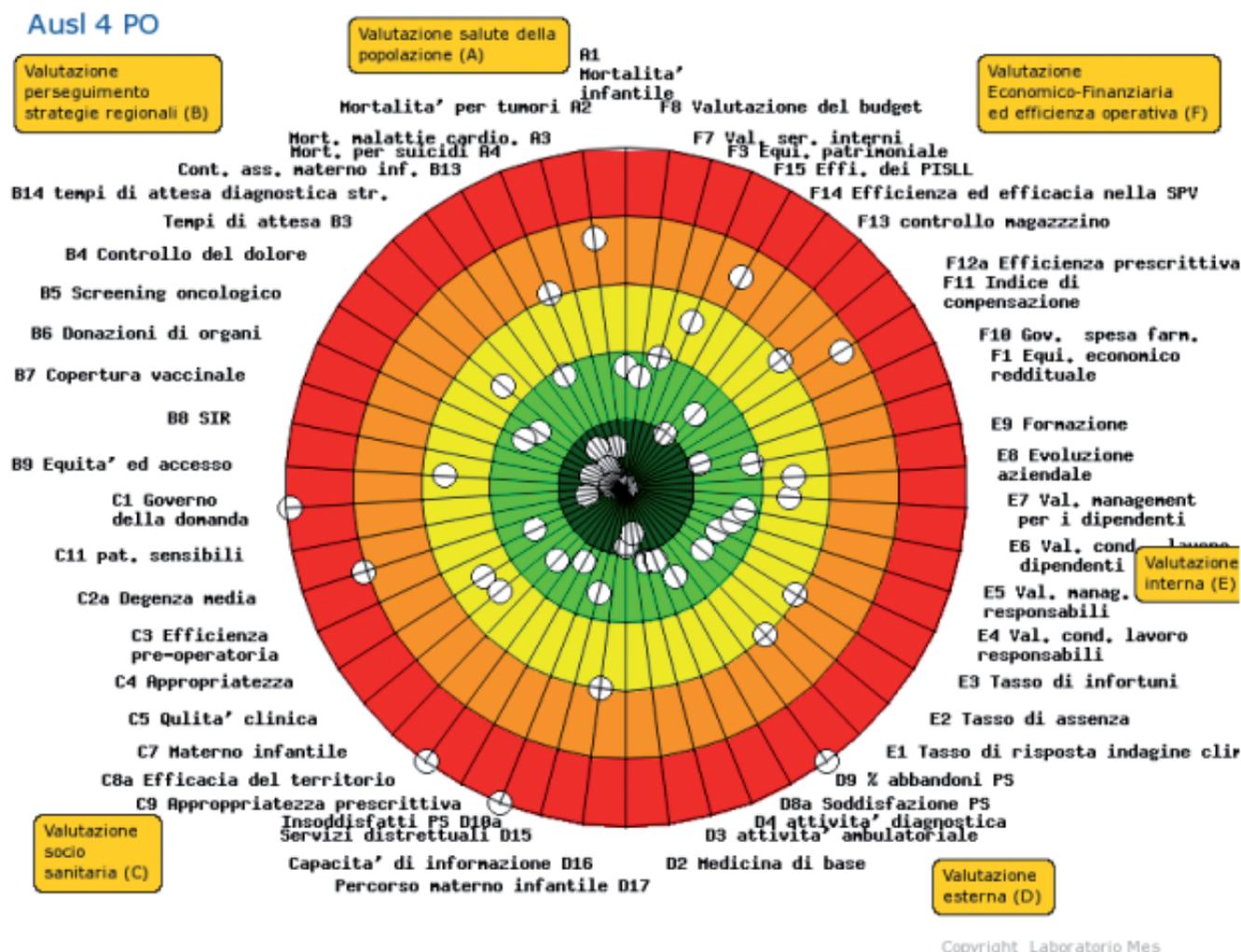


Fig. 10 Sistema di valutazione 2007

Indicatori con la migliore performance a livello regionale:

C4.2	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti
C7.1	% parti cesarei depurata (NTSV)
C9.1	Inibitori di pompa protonica. Riduzione n. unità posologiche
C9.4	Antidepressivi (SSRI) Riduzione DDD
C11.1	Tasso di ospedalizzazione per scompenso
C11.3	Tasso di ospedalizzazione per BPCO
D2.1	Valutazione Medici di Medicina Generale
F10	Governo della spesa farmaceutica

Fig. 11 Best Practices

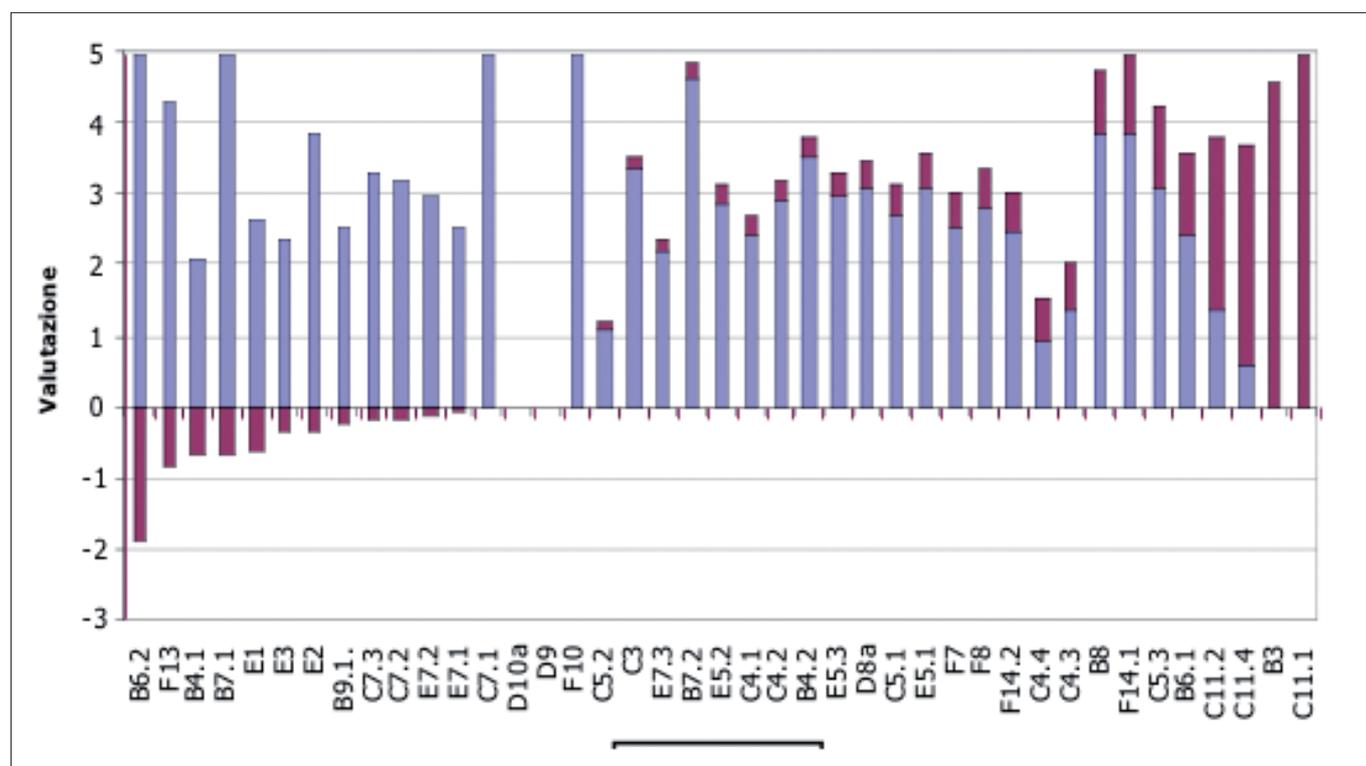
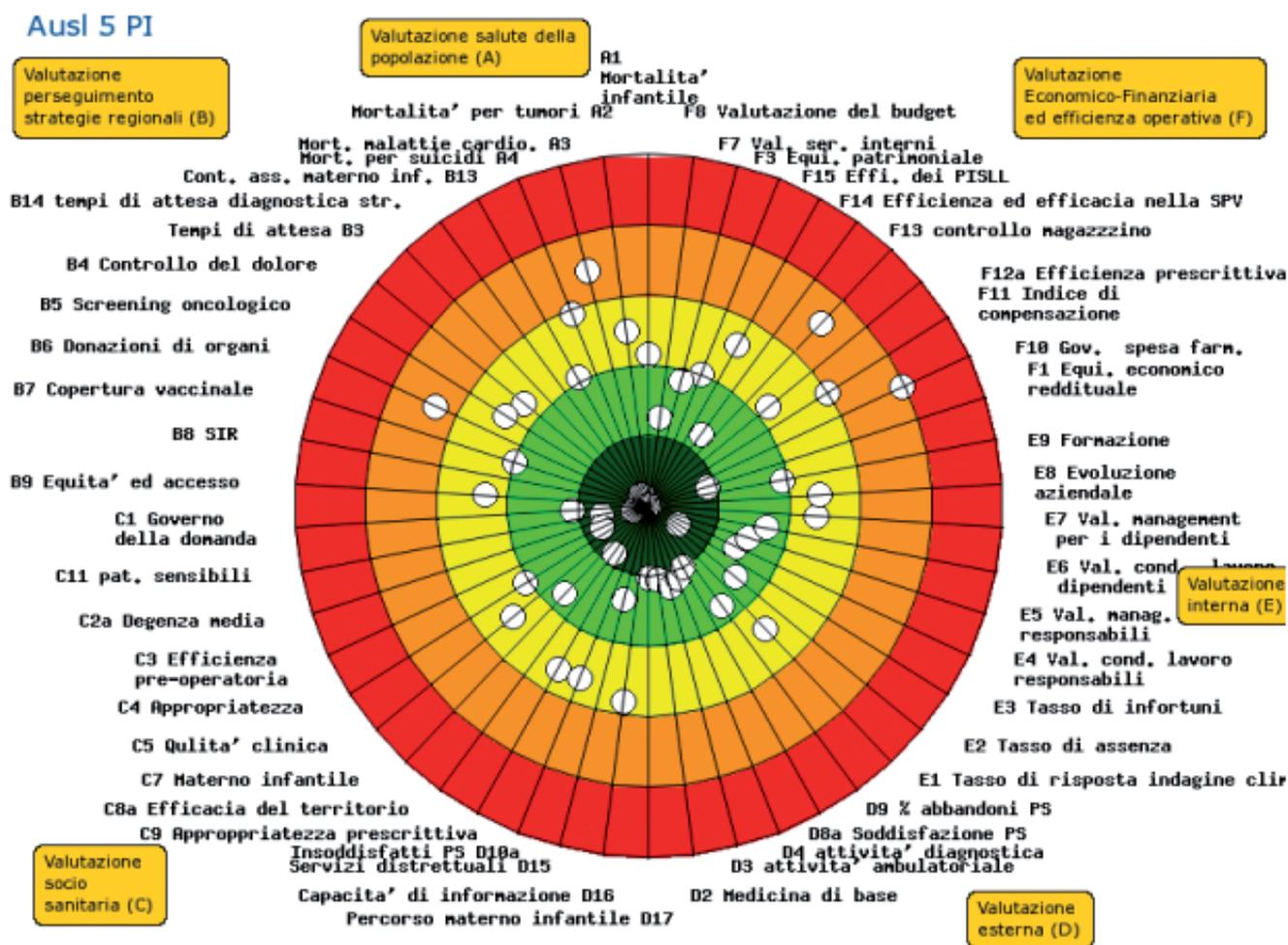


Fig. 12 Punteggi 2006 e variazione 2007-2006

4.5 La performance dell'Ausl 5 di Pisa

L'Azienda Usl 5 di Pisa presenta uno tra i migliori bersagli della Regione ed evidenzia una grande capacità di cambiamento, riportando la più elevata percentuale di indicatori in miglioramento rispetto al 2006, pari al 68%. Sia il bersaglio, che il grafico con le variazioni di risultato, mostrano l'elevata concentrazione degli indicatori nelle fasce verde e verde scuro, che complessivamente raggiungono il 56% sul totale degli indicatori oggetto di valutazione nel 2007 (16 indicatori con buona performance e 10 con ottima performance, su un totale di 46). E' da evidenziare un netto miglioramento nella copertura vaccinale per morbillo, parotite, rosolia rispetto al 2006 (B7.1). Positivo appare anche il tasso di assenza (E2), migliorato di mezzo punto percentuale dal 2006 al 2007. L'azienda riporta la migliore valutazione a livello regionale, tra gli altri, sull'indice di performance della degenza media (C2a), sulla percentuale di ricoveri > 30 giorni (C8a.1), sul tasso di infortuni dei dipendenti (E3) e sulla valutazione del budget (F8).

Unici punti di criticità sono costituiti dal governo della spesa farmaceutica (F10) e dall'indicatore relativo alla donazione di organi (B6), criticità comunque presenti in diverse aziende della regione.



Copyright Laboratorio Mes

Fig. 13 Sistema di valutazione 2007

Indicatori con la migliore performance a livello regionale:

B3	Tempi di attesa per 7 prestazioni ambulatoriali
B8	Tempestività di trasmissione dati al SIR
C2a	Indice di performance degenza media
C8a.1	% di ricoveri > 30 giorni sulla popol. resid.
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti
F8	Valutazione del Budget
F14.1	Sicurezza Alimentare e Piani Residui
F14.2.3	Flussi con dati non congrui

Fig. 14 Best Practices

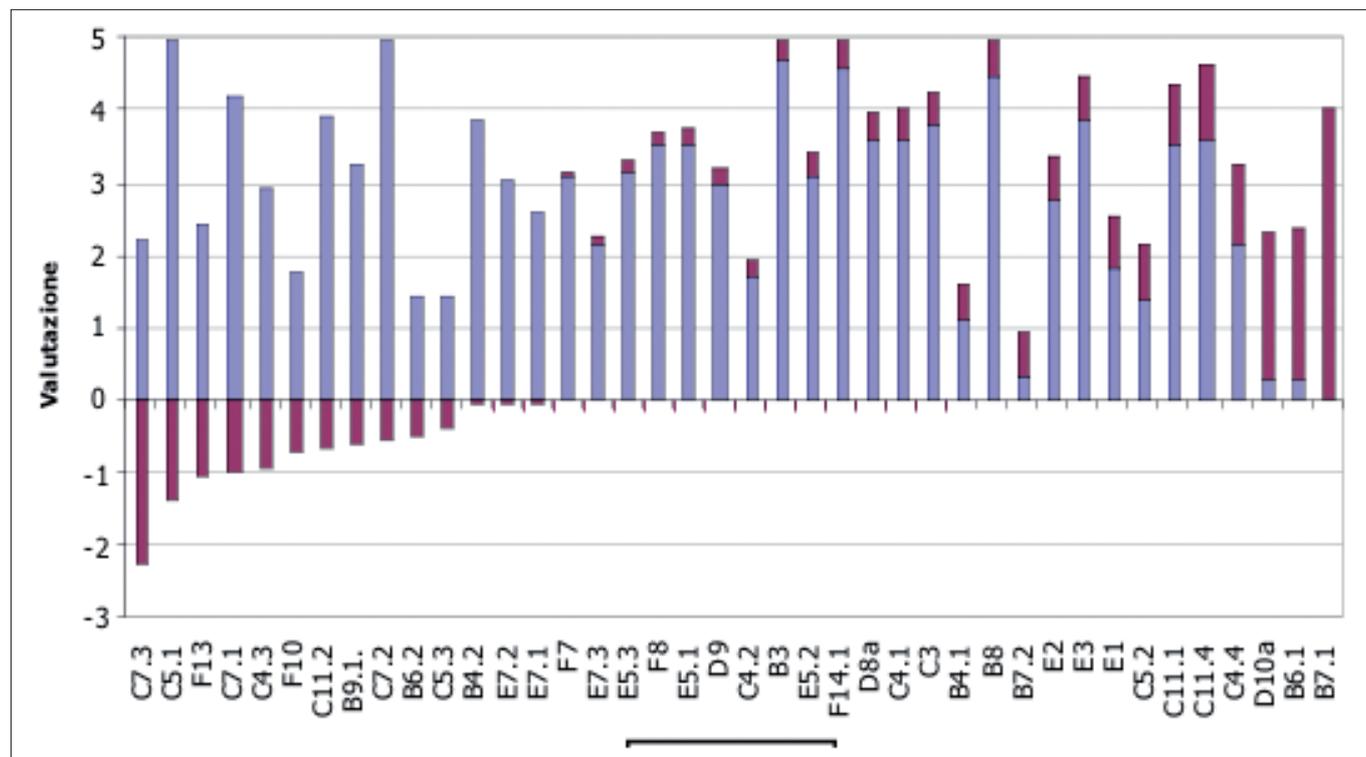


Fig. 15 Punteggi 2006 e variazione 2007-2006

4.6 La performance dell'Ausl 6 di Livorno

L'azienda Ausl 6 di Livorno è stata in grado di migliorare i risultati nel 54% degli indicatori oggetto di valutazione. Si evidenzia un netto miglioramento nell'indicatore relativo al numero di utenti molto o totalmente insoddisfatti del servizio di pronto soccorso (D10a), che nel 2006 rappresentava uno dei peggiori risultati della regione con un punteggio di 0.09, mentre nel 2007 la valutazione è pari a 2.16.

L'azienda migliora nettamente anche nel grado di copertura vaccinale per morbillo, parotite e rosolia (B7.1) ma non riesce ad aumentare la percentuale di anziani con copertura vaccinale antinfluenzale (B7.2), che non raggiunge l'obiettivo regionale del 75%. La valutazione sanitaria si posiziona complessivamente su valori medi rispetto all'andamento regionale, ad eccezione degli indicatori di efficacia del territorio (C8), delle cure primarie (C11) e della degenza media pre operatoria (C3), che presentano performance buone. Rimane critico, invece, l'indicatore relativo alla qualità clinica (C5), che presenta risultati diversificati: da una parte un'ottima performance relativa alla percentuale di prostatectomie transuretrali, dall'altra scarsi risultati riguardo alla percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso motivo di salute e alla tempestività di intervento per frattura del femore. Anche l'indicatore del percorso materno-infantile evidenzia una scarsa performance con elevate fughe per parto (C7.5) e una percentuale di tagli cesarei (C7.1) superiore alla media regionale.

Sui 46 indicatori monitorati nel 2007, l'Azienda conta 17 indicatori posizionati nella fascia di performance buona e 5 in quella ottima.

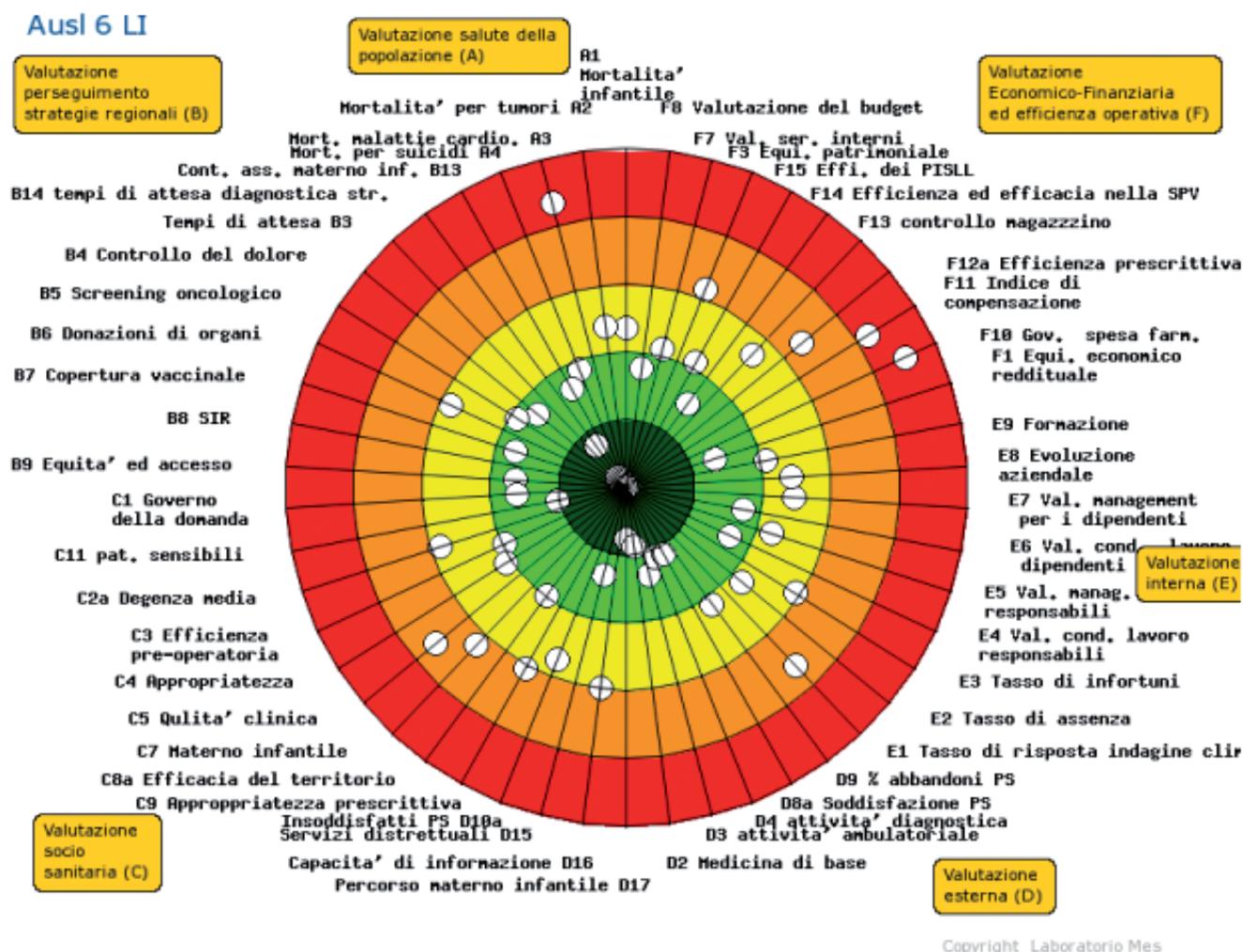


Fig. 16 Sistema di valutazione 2007

Indicatori con la migliore performance a livello regionale:

B8	Tempestività di trasmissione dati al SIR
C7.2	% di parti indotti
C11.4	Tasso ospedalizzazione polmonite

Fig. 17 Best Practices

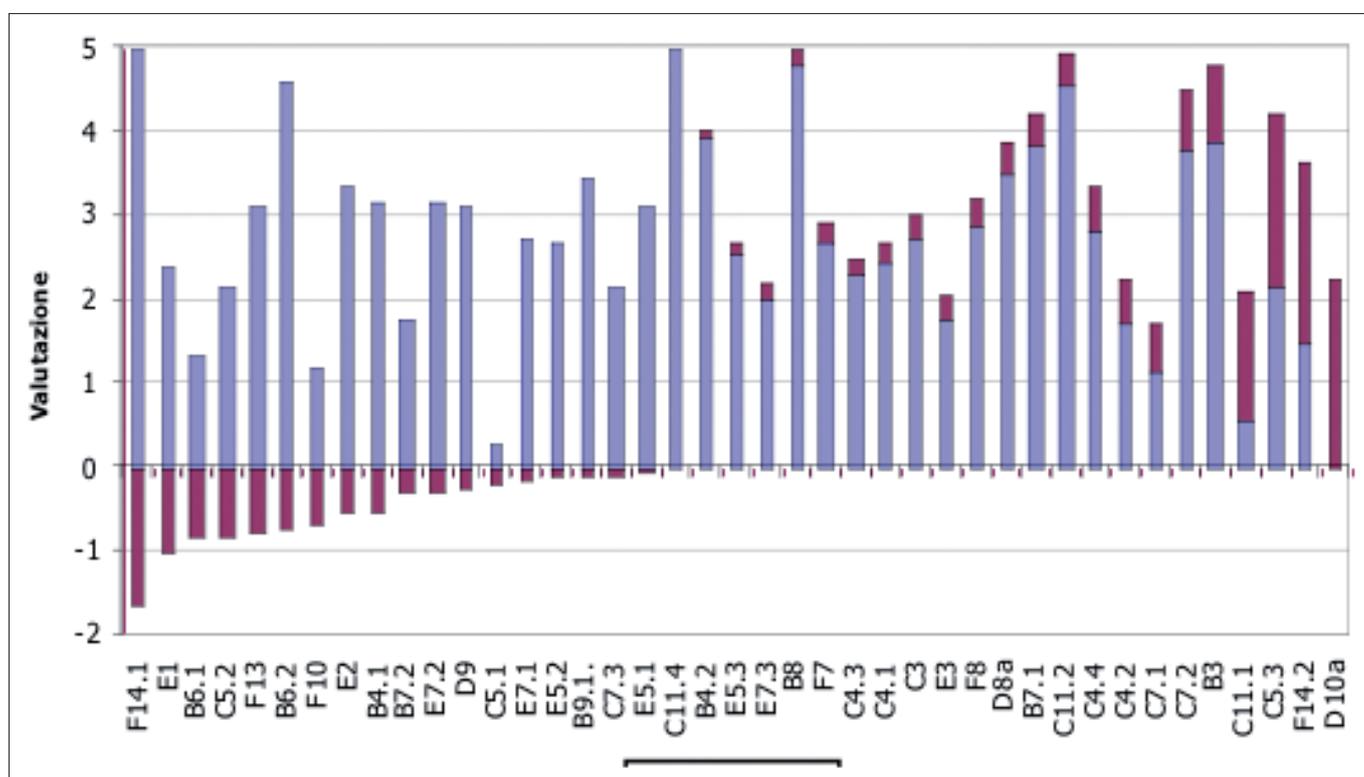


Fig. 18 Punteggi 2006 e variazione 2007-2006

4.7 La performance dell'Ausl 7 di Siena

La Ausl 7 di Siena presenta un solo indicatore nella fascia rossa, 7 indicatori nella fascia arancione, ben 22 indicatori in fascia verde e 5 in fascia verde scuro, per un totale di 27 indicatori con una performance buona o ottima. Questa azienda, pur partendo da una buona performance conseguita nel 2006, nel corso del 2007 è stata capace di migliorare nel 51% degli indicatori oggetto di valutazione.

In particolare il grafico che rappresenta le variazioni evidenzia in molti indicatori miglioramenti significativi, mentre i peggioramenti sono di piccola entità. L'azienda registra la best practice regionale sia nella tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale (B8), sia nell'efficienza media preoperatoria per l'attività chirurgica programmata (C3), con una degenza media minore di un giorno. Si registra un buon miglioramento nel tasso di ospedalizzazione per diabete (C11.2) che passa dalla fascia gialla del 2006 alla verde scuro del 2007. Il miglioramento anche di tutti gli indicatori relativi al Pronto Soccorso, nonostante il livello di soddisfazione degli utenti (D8a) e la percentuale di abbandoni (D9) presentassero nel 2006 delle performances buona e media rispettivamente. Elevata risulta la diminuzione del grado di insoddisfazione degli utenti del PS (D10a) con una performance che passa dallo 0,81 del 2006 al 2,69 del 2007. L'unico indicatore in fascia rossa risulta quello relativo alla percentuale di ricoveri oltre i 30 giorni (C8.1).

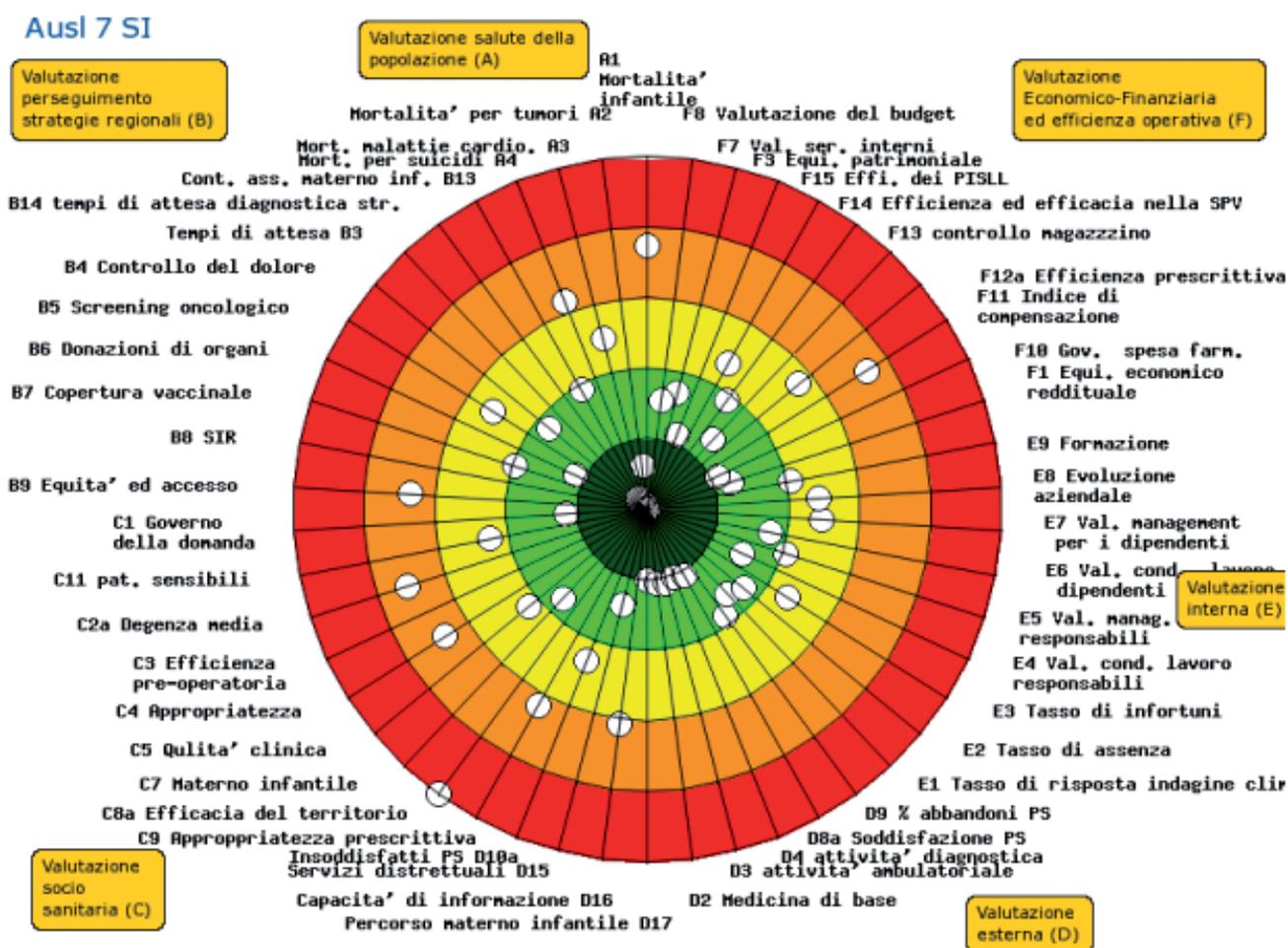


Fig. 19 Sistema di valutazione 2007

Indicatori con la migliore performance a livello regionale:

B8	Tempestività di trasmissione dati al SIR
C3	Valutazione di efficienza pre-operatoria
C7.5	Fughe per parto (dato relativo al 2006)
E1	Tasso di infortuni dei dipendenti

Fig. 20 Best Practices

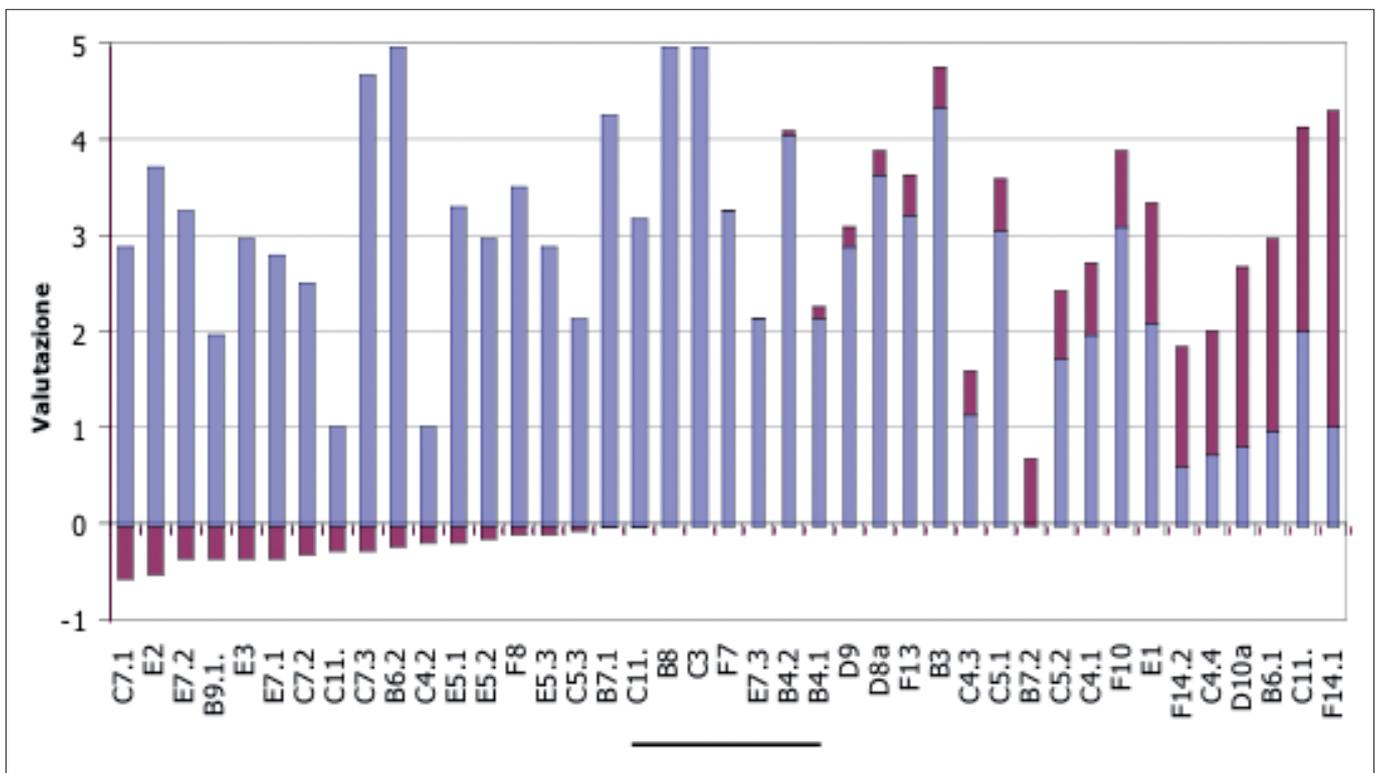


Fig. 21 Punteggi 2006 e variazione 2007-2006

4.8 La performance dell'Ausl 8 di Arezzo

Anche quest'anno l'Azienda Usl 8 di Arezzo presenta uno dei migliori bersagli tra le aziende della regione. Non registra infatti nessun indicatore nella fascia rossa, solo 2 indicatori nella fascia arancione prossimi, comunque, alla performance media, e 27 indicatori nelle fasce verdi su un totale di 46 indicatori. Pur partendo da una situazione positiva nel 2006, l'azienda è stata in grado nel corso del 2007 di migliorare la propria performance sul 59% degli indicatori monitorati.

In particolare, si segnala un miglioramento su quegli indicatori in cui si registrava nel 2006 una performance scarsa. Il tasso di ospedalizzazione per il diabete (C11.2), ad esempio, registra un miglioramento dalla fascia rossa del 2006 alla fascia gialla per il 2007.

Un miglioramento significativo si registra anche riguardo alla percentuale di utenti insoddisfatti per i servizi di pronto soccorso (D10a), conseguendo un cambio di fascia da una performance scarsa a una performance media, assai vicino ad una performance buona (2.94).

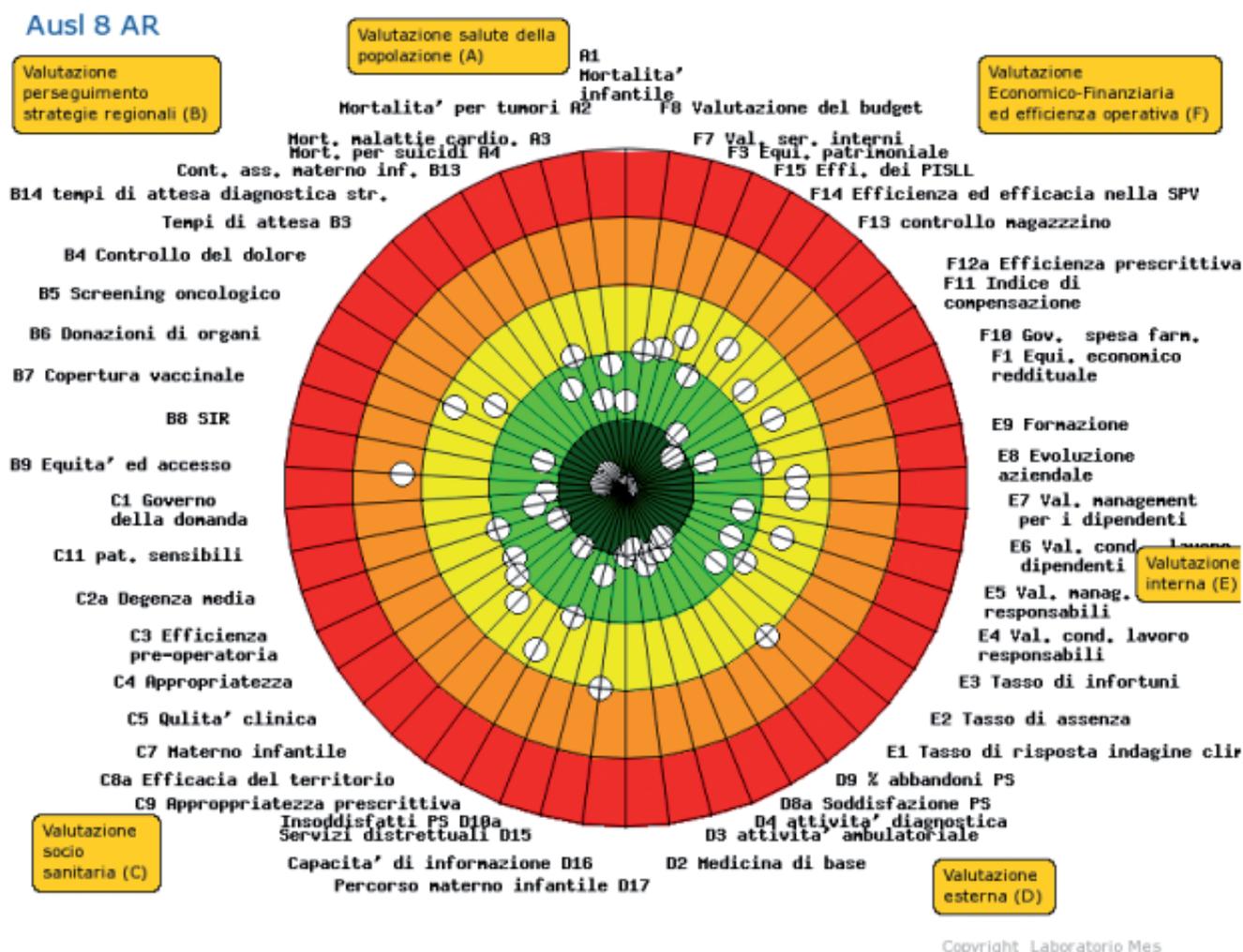


Fig. 22 Sistema di valutazione 2007

Indicatori con la migliore performance a livello regionale:

B3	Tempi di attesa per 7 prestazioni ambulatoriali
B4.1.1	Consumo di farmaci oppioidi (ATC3 NO2A)
B4.1.2	Consumo di farmaci oppioidi (ATC3 NO2A) distribuiti direttamente
B4.2.1	Gestione del dolore: utenti pronto soccorso
F12a.4	Antagonisti dei recettori alfa adrenergici:% molecole a brevetto scaduto
F13	Procedura di controllo interno del magazzino

Fig. 23 Best Practices

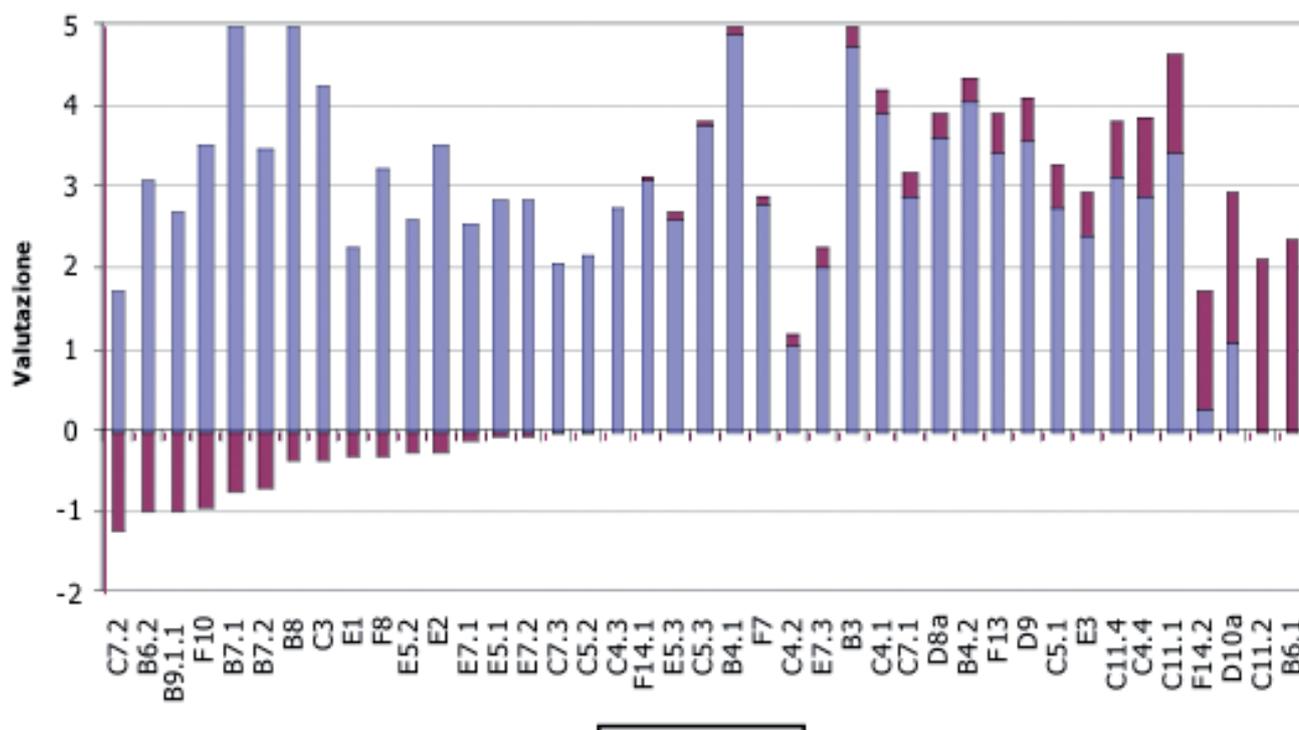


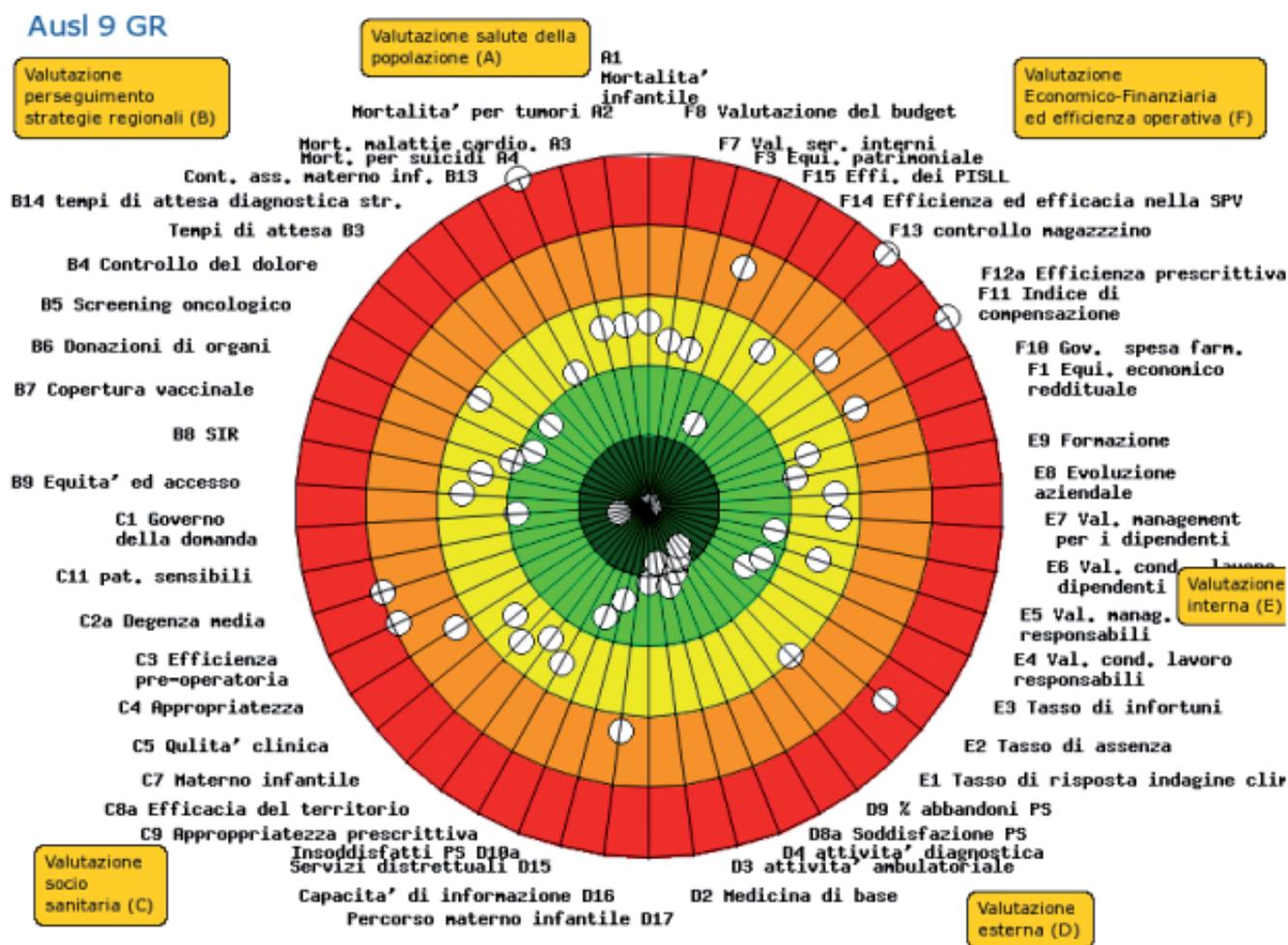
Fig. 24 Punteggi 2006 e variazione 2007-2006

4.9 La performance dell'Ausl 9 di Grosseto

L'Ausl 9 di Grosseto nel 2006 rappresentava una tra le aziende sanitarie con maggiori criticità. Malgrado una difficile situazione di partenza, l'azienda presenta una capacità di miglioramento sul 63% degli indicatori oggetto di monitoraggio, riuscendo a ridurre drasticamente le situazioni di maggiore debolezza. Significativa è anche l'entità dei miglioramenti conseguiti, che ha permesso per molti indicatori un salto di fascia. In totale l'Azienda presenta 17 indicatori nelle fasce verdi, sui 46 monitorati nel 2007.

Risultano ancora critici gli indicatori relativi ai costi per la parte farmaceutica (F10, F12), al tasso di assenza (E2). Si registra anche un miglioramento di fascia degli indicatori relativi alla degenza media pre-operatoria (C3) e l'indicatore di appropriatezza sanitaria (C4), che passano dalla fascia rossa alla fascia arancione e che quindi sono passibili di interventi ulteriori di miglioramento.

Migliora di due punti percentuali il tasso di parti cesarei depurato da fattori di complessità (C7.1), miglioramento che, pur non raggiungendo lo standard regionale, appare particolarmente significativo. E' in netto miglioramento rispetto all'anno precedente anche l'efficienza dei servizi di prevenzione e sicurezza dei luoghi di lavoro (F15), che da una valutazione media passa ad una valutazione buona. Ottima appare la performance della valutazione degli utenti per la medicina di base (D2), ebuona per l'attività ambulatoriale (D3) e diagnostica (D4). Si segnala la performance media relativa all'indicatore economico F1, nel 2007, a dimostrazione della politica di contenimento dei costi attuata da questa azienda.



Copyright Laboratorio Mes

Fig. 25 Sistema di valutazione 2007

Indicatori con la migliore performance a livello regionale:

B3	Tempi di attesa per 7 prestazioni ambulatoriali
B14	Tempi di attesa per prestazioni di diagnostica
C11.1	Tasso di ospedalizzazione per scompenso
D8	Livello soddisfazione PS
D9	Percentuale abbandoni Pronto Soccorso
D10	Livello insoddisfazione PS
F15.1.1	Unità Locali controllate/ Unità Locali totali

Fig. 26 Best Practices

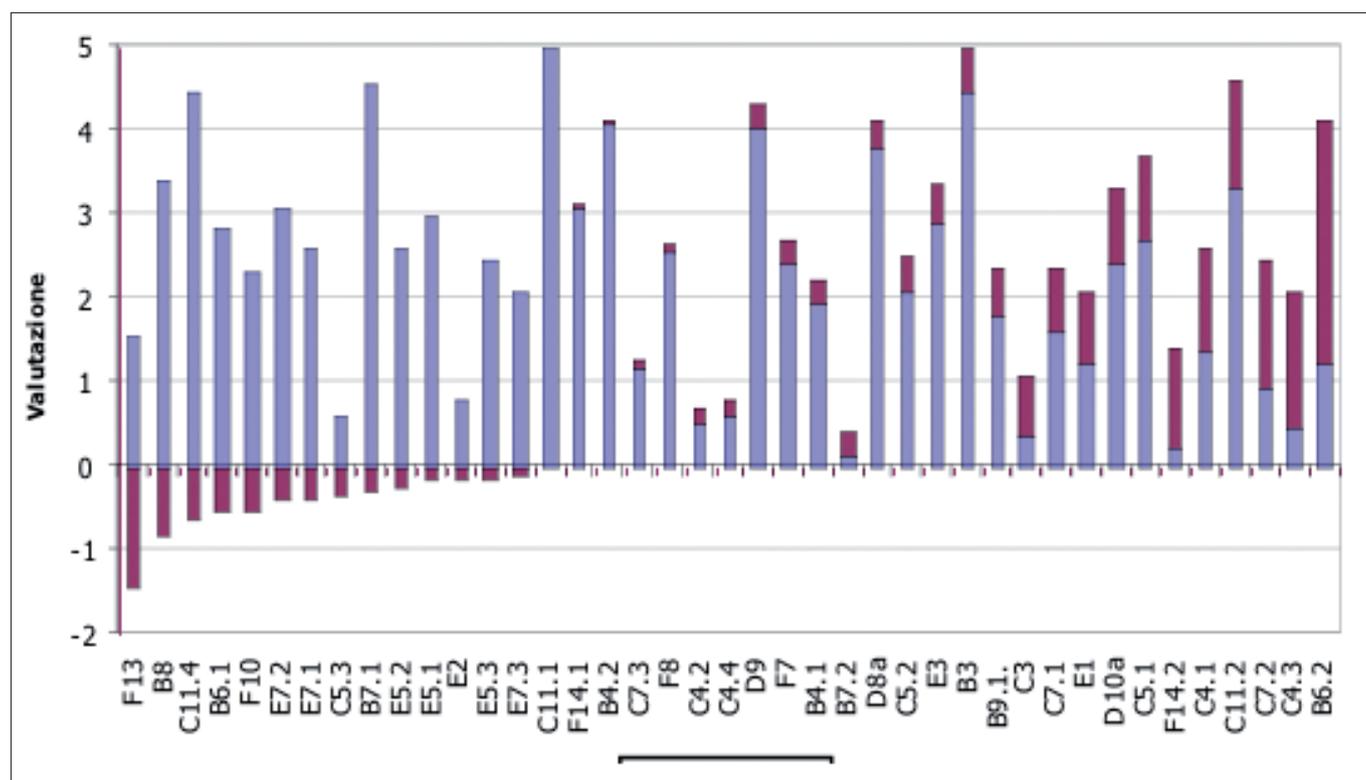


Fig. 27 Punteggi 2006 e variazione 2007-2006

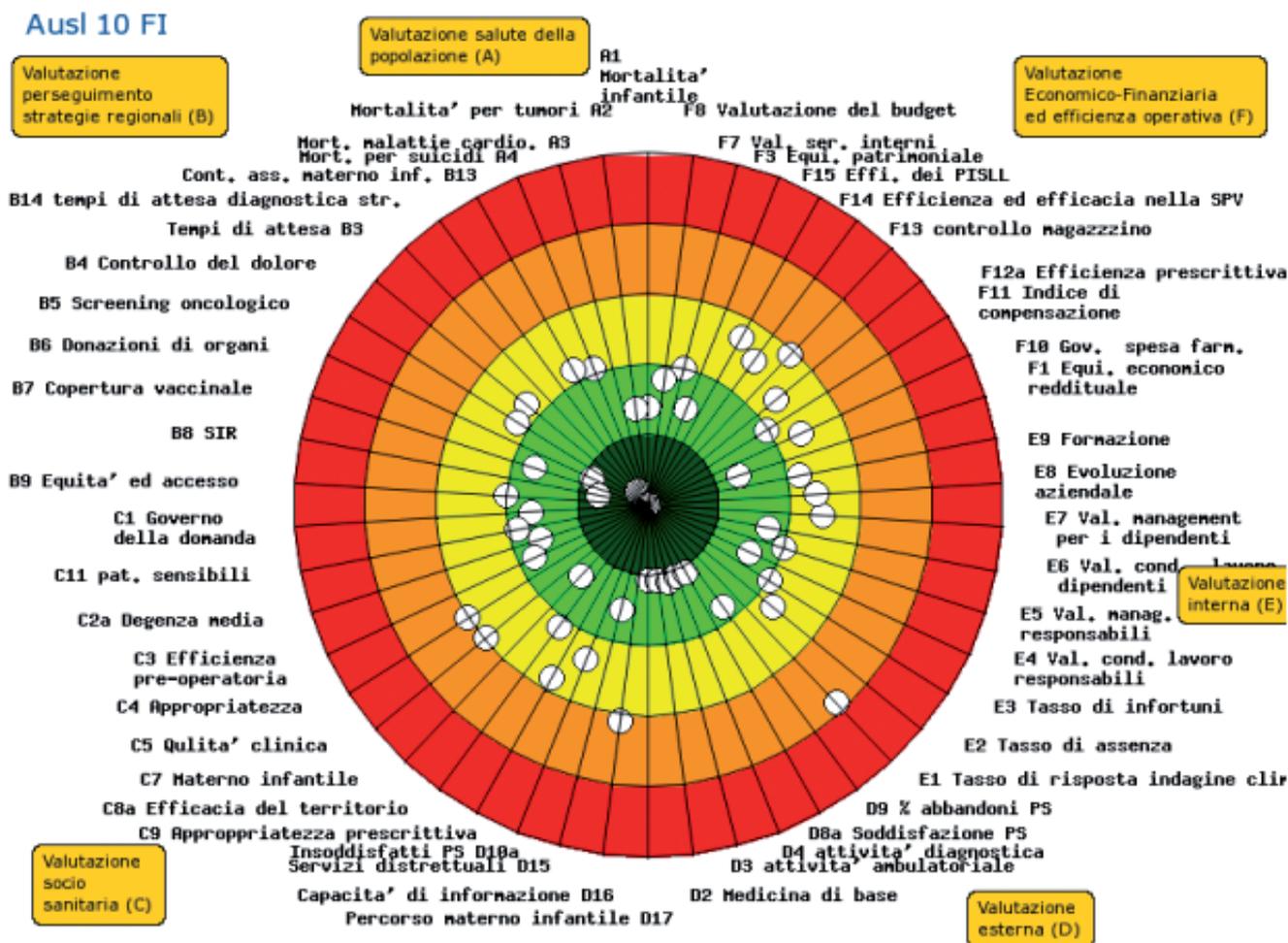
4.10 La performance dell'Ausl 10 di Firenze

L'Azienda Usl 10 di Firenze presenta anche quest'anno una buona performance complessiva. I risultati sono concentrati nelle fasce centrali del bersaglio: l'azienda, infatti, non ha alcun indicatore in fascia rossa, solo 3 indicatori in fascia arancione e ben 24 nelle fasce verdi.

Si registra ancora una criticità nel tasso di risposta all'indagine di clima (E1), che ha visto nel 2007 un ulteriore peggioramento della performance, non soddisfacente nel 2006. I risultati su tale indicatore sono dovuti alle dimensioni dell'azienda e alla sua complessità organizzativa. Le soluzioni che consentano il superamento dei problemi sono in fase di implementazione.

In fascia arancione si segnala l'indicatore relativo alla soddisfazione degli utenti sulla capacità di informazione dei servizi offerti (D16): tale performance rimane comunque in media con i risultati anche delle altre Ausl, evidenziando un punto di debolezza più di sistema regionale, che di singola azienda.

Il risultato di miglioramento più rilevante si registra nella capacità dell'azienda di ridurre il numero degli utenti insoddisfatti dei servizi di pronto soccorso (D10a), dove l'azienda passa da una performance pessima del 2006 ad una performance media nel 2007. L'azienda consegue una performance tra le migliori a livello regionali in alcuni indicatori quali il tasso di ospedalizzazione per diabete (C11.2) ed i tempi di attesa per le visite specialistiche (B3) ed i servizi diagnostici (B14).



Copyright Laboratorio Mes

Fig. 28 Sistema di valutazione 2007

Indicatori con la migliore performance a livello regionale:

B3	Tempi di attesa per 7 prestazioni ambulatoriali
B9.1.1.1	Corso di preparazione al parto Accesso
C4.1	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici
C11.2	Tasso di ospedalizzazione per diabete cc lp

Fig. 29 Best Practices

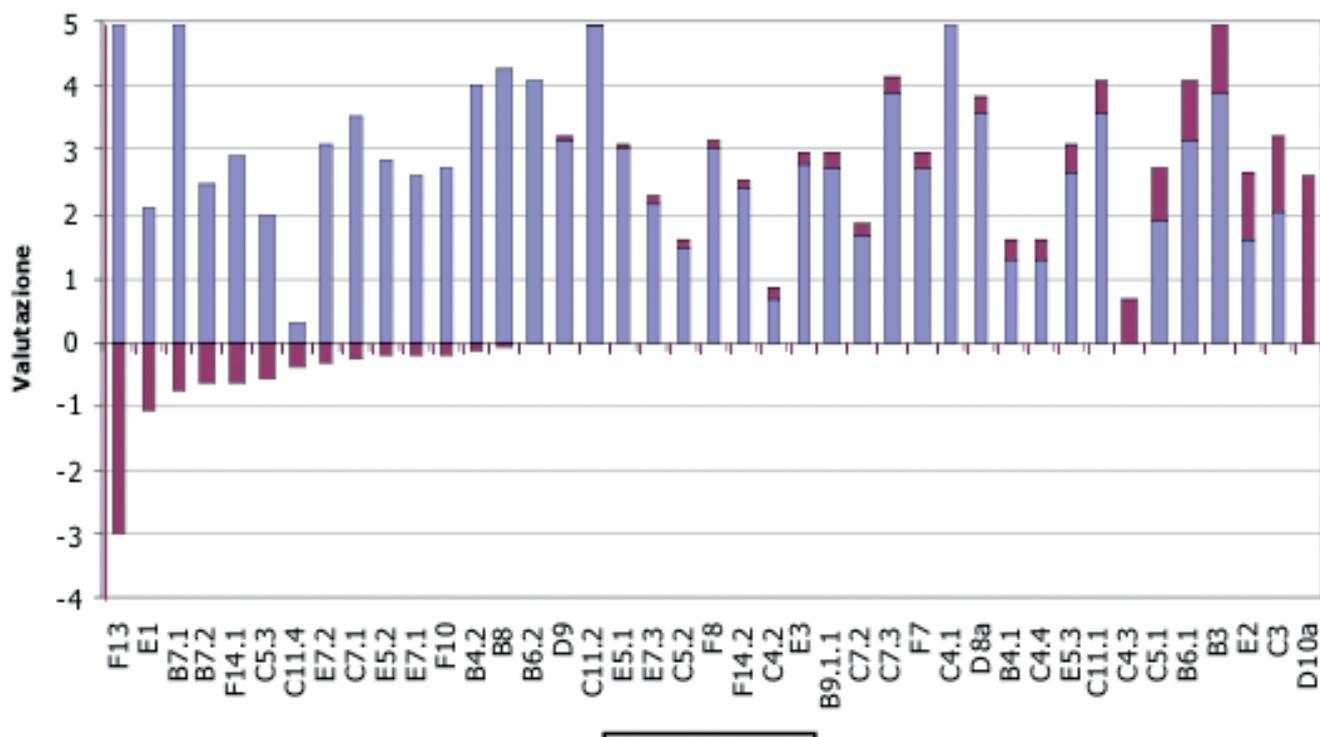


Fig. 30 Punteggi 2006 e variazione 2007-2006

4.11 La performance dell'Ausl 11 di Empoli

L'Azienda Usl 11 di Empoli nel 2007 ha conseguito una percentuale di miglioramento sul 46% degli indicatori oggetto di monitoraggio.

La sua performance complessiva, pur rimanendo buona con un totale di 29 indicatori nelle fasce verdi sui 46 globali del 2007, registra dei lievi peggioramenti soprattutto nella valutazione sanitaria: il tasso dei cesarei depurato da complicanze (C7.1) aumenta di quasi 4 punti percentuali, ed il tasso di ricovero ripetuto entro 30 giorni per lo stesso motivo di salute (C5.1) passa dal 5.54% al 6%.

In compenso l'azienda ha ridotto il numero dei cittadini molto o totalmente insoddisfatti dei servizi di pronto soccorso (D10a), passando da una valutazione pessima ad una valutazione nella media. Rimane tuttavia critica la percentuale di abbandono del Pronto Soccorso dopo il triage (D9) nonostante il lieve miglioramento dell'indicatore. Nella capacità di garantire adeguati tempi di attesa (B3, B14) l'azienda ha raggiunto risultati ottimi, così come nel tasso di assenza del personale (E2), conseguendo la best practice regionale.

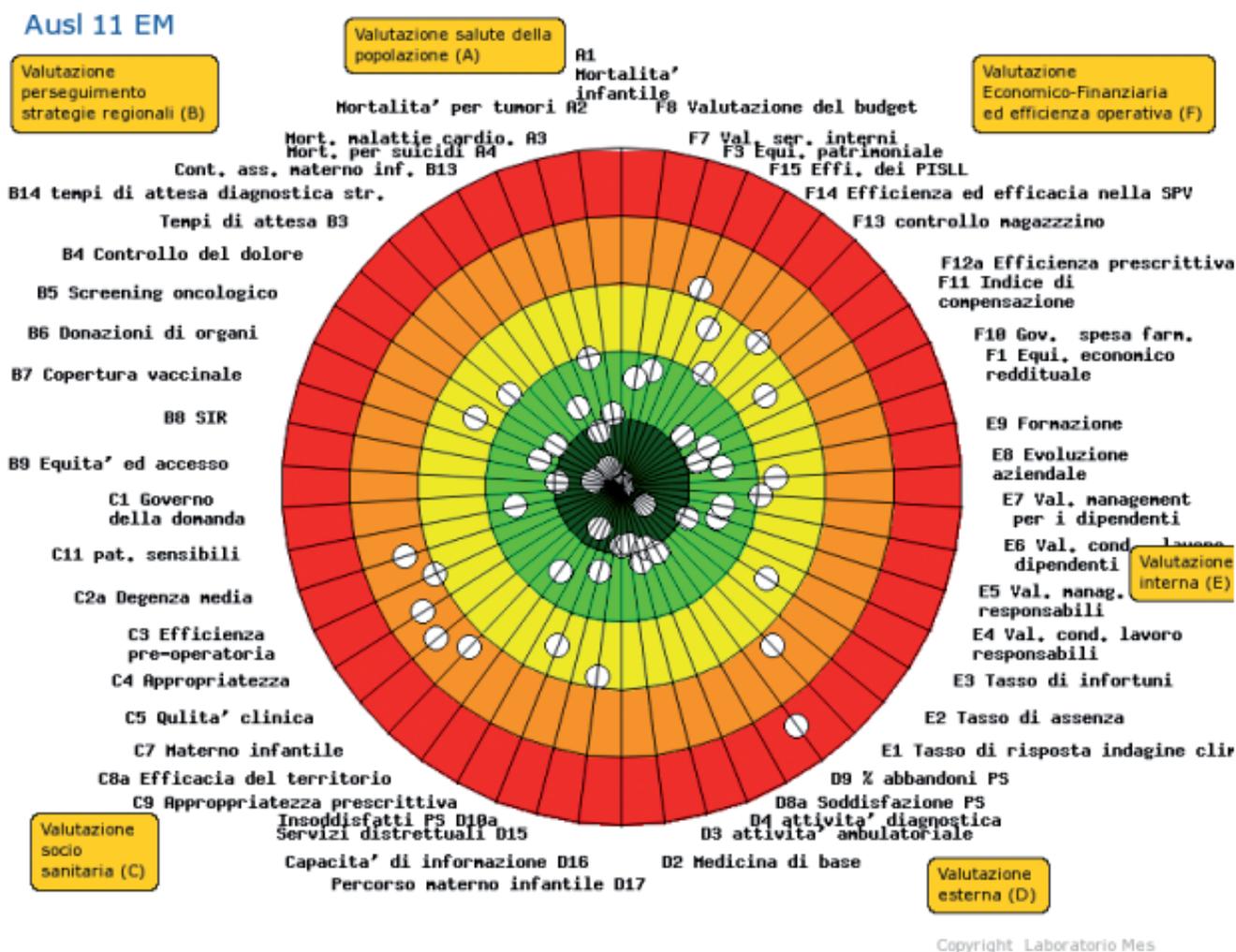


Fig. 31 Sistema di valutazione 2007

Indicatori con la migliore performance a livello regionale:	
B3	Tempi di attesa per 7 prestazioni ambulatoriali
B4.2.2	Gestione dolore: utenti ricovero
B7.1	Grado di copertura per vaccino MPR
B9.1.1.2	Corso di preparazione al parto Equità
C9.1	Inibitori di pompa protonica. Riduzione n. unità posologiche
C9.3	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina: % confezioni sartani
E2	Tasso di assenza
E4.1	Il mio lavoro
E4.3	Lavoro di gruppo
E5.3	La mia azienda
E6.2	Condizioni di lavoro
E6.3	Lavoro di gruppo
E7.2	Il mio responsabile
E7.3	La mia azienda
E9	Formazione
F12a.1	Inibitori di pompa protonica:% molecole a brevetto scaduto
F12a.2	Statine:% molecole a brevetto scaduto
F12a.5	Antidepressivi (SSRI) : % molecole a brevetto scaduto

Fig. 32 Best Practices

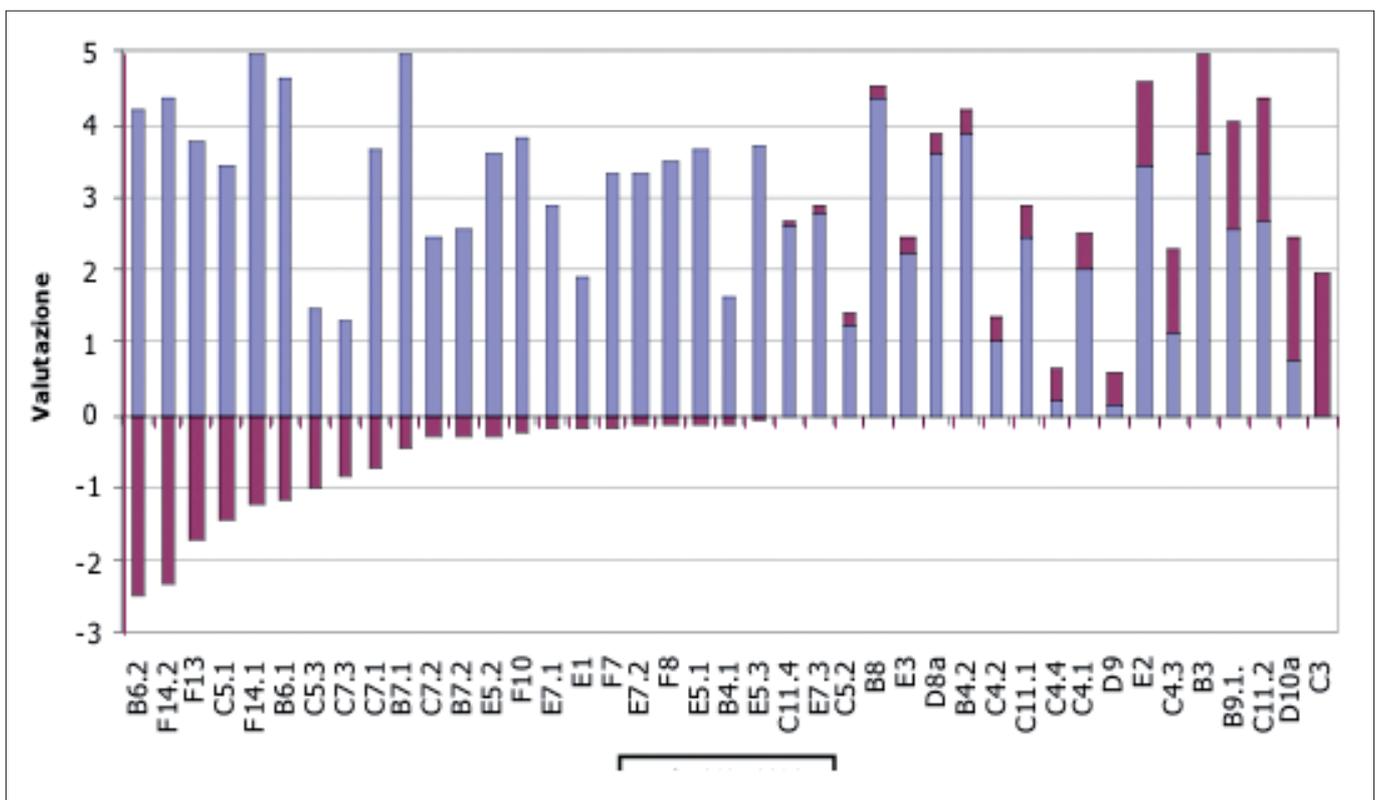


Fig. 33 Punteggi 2006 e variazione 2007-2006

4.12 La performance dell'Ausl 12 Versilia

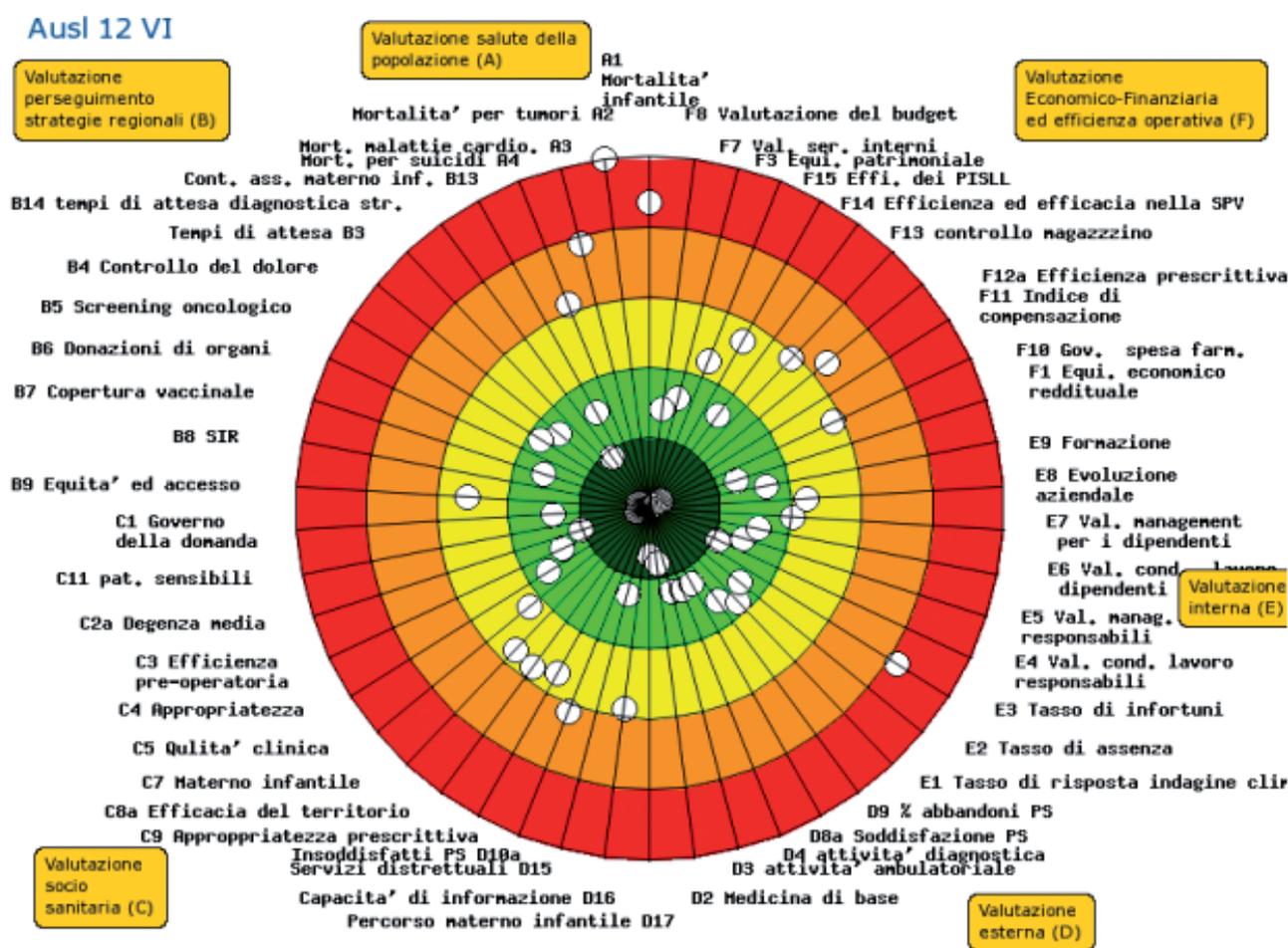
L'Azienda Usl 12 Versilia consegue nel 2007 miglioramenti nel 61% degli indicatori monitorati: tali miglioramenti in molti casi sono di consistente entità. In particolare, significativo è il risultato ottenuto nella tempestività di intervento nel caso di frattura del femore (C5.2), dove la performance migliora nettamente, raggiungendo in un anno la seconda migliore performance regionale.

L'azienda registra inoltre un miglioramento complessivo negli indicatori relativi alla capacità del territorio di intervenire per ridurre il tasso di ospedalizzazione nelle patologie croniche (C11). Pur registrando un netto miglioramento rispetto al 2006, rimane ancora critico il numero di utenti molto o totalmente insoddisfatti del servizio di pronto soccorso (D10a).

Si mantengono positivi anche per il 2007 i risultati relativi agli indicatori della dimensione interna, dove si registra la migliore performance regionale per quanto concerne il tasso di risposta all'indagine di clima (E1) e la valutazione del management da parte dei responsabili di struttura complessa (E5). Tali risultati sono dovuti sia alle dimensioni ridotte dell'azienda, ma soprattutto alle politiche di coinvolgimento e partecipazione del personale attivate. In un contesto relativamente positivo per quanto riguarda il governo delle risorse umane, permane critico il tasso di infortuni per i dipendenti (E3), che è posizionato in fascia rossa.

Rimane problematica la gestione della farmaceutica, sia in termini di spesa (F10) che di appropriatezza (C9).

Complessivamente i risultati in fascia verde e verde scuro sono ben 28, superando la metà degli indicatori monitorati nel 2007 (46).



Copyright Laboratorio Mes

Fig. 34 Sistema di valutazione 2007

Indicatori con la migliore performance a livello regionale:

B6.2	Percentuale di donatori effettivi di organi
B8	Tempestività di trasmissione dati al SIR
C7.3	% di episiotomia depurata (NTSV)
C11.1	Tasso di ospedalizzazione per scompenso
C11.3	Tasso di ospedalizzazione per BPCO
C11.4	Tasso di ospedalizzazione per polmonite
D15	Servizi distrettuali
E4.2	Condizioni di lavoro
E4.3	Lavoro di gruppo
E5.1	Comunicazione e informazione
E5.2	Il mio responsabile
E6.1	Il mio lavoro
E7.1	Comunicazione e informazione
E8	Evoluzione aziendale

Fig. 35 Best Practices

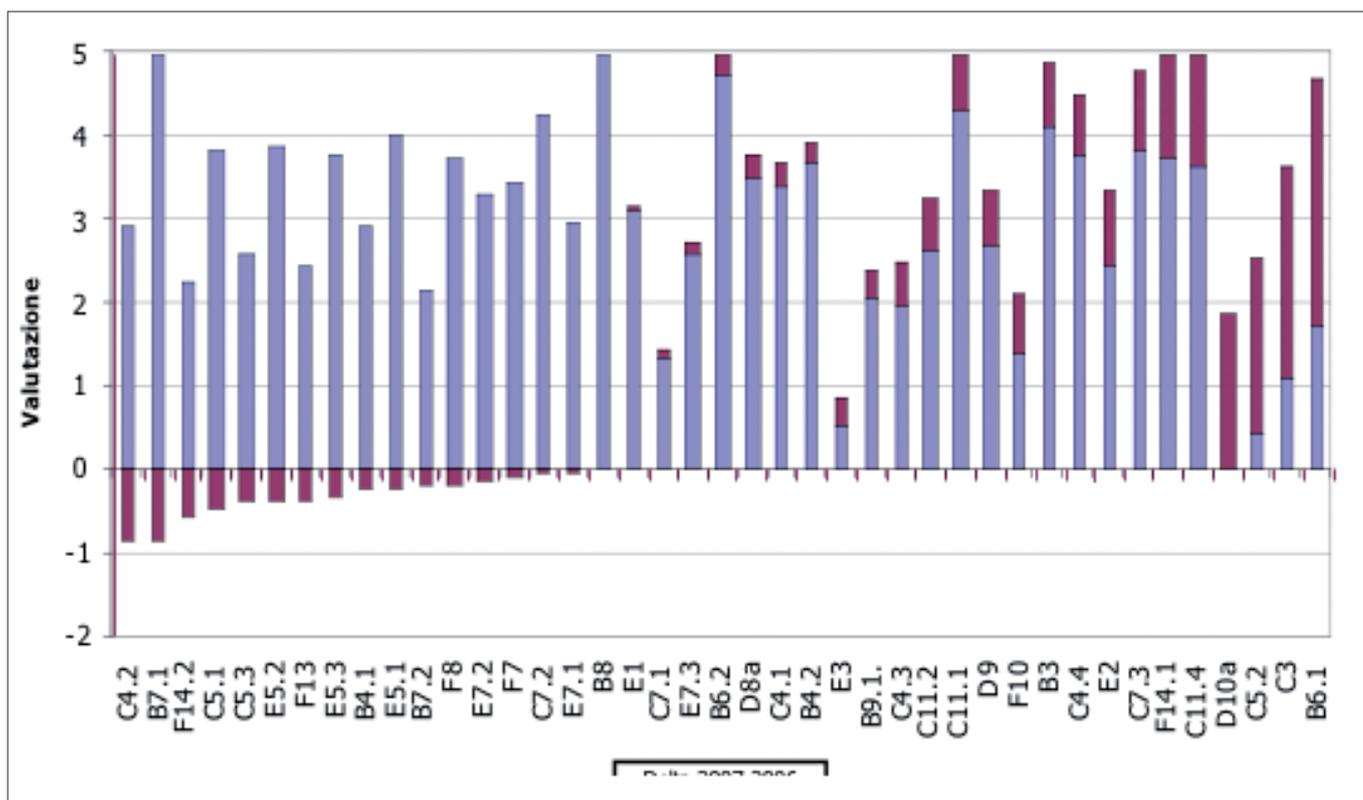


Fig. 36 Punteggi 2006 e variazione 2007-2006

4.13 La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Il bersaglio dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria appare buono in molte delle dimensioni monitorate ad eccezione di alcuni aspetti. Permane negativa l'efficienza relativa alla degenza media preoperatoria per le attività chirurgiche programmate (C3) registrando un valore pari a 2,57 giorni in media, mentre l'obiettivo regionale è fissato ad una giornata di degenza. Scarsa anche la performance sanitaria conseguita nel percorso materno infantile (C7), soprattutto a causa del tasso di cesarei tra i più elevati della Regione. L'azienda registra invece la migliore performance regionale nell'indicatore di appropriatezza sanitaria (C4) registrando la best practice a livello regionale per la percentuale di DRG medici da reparti chirurgici.

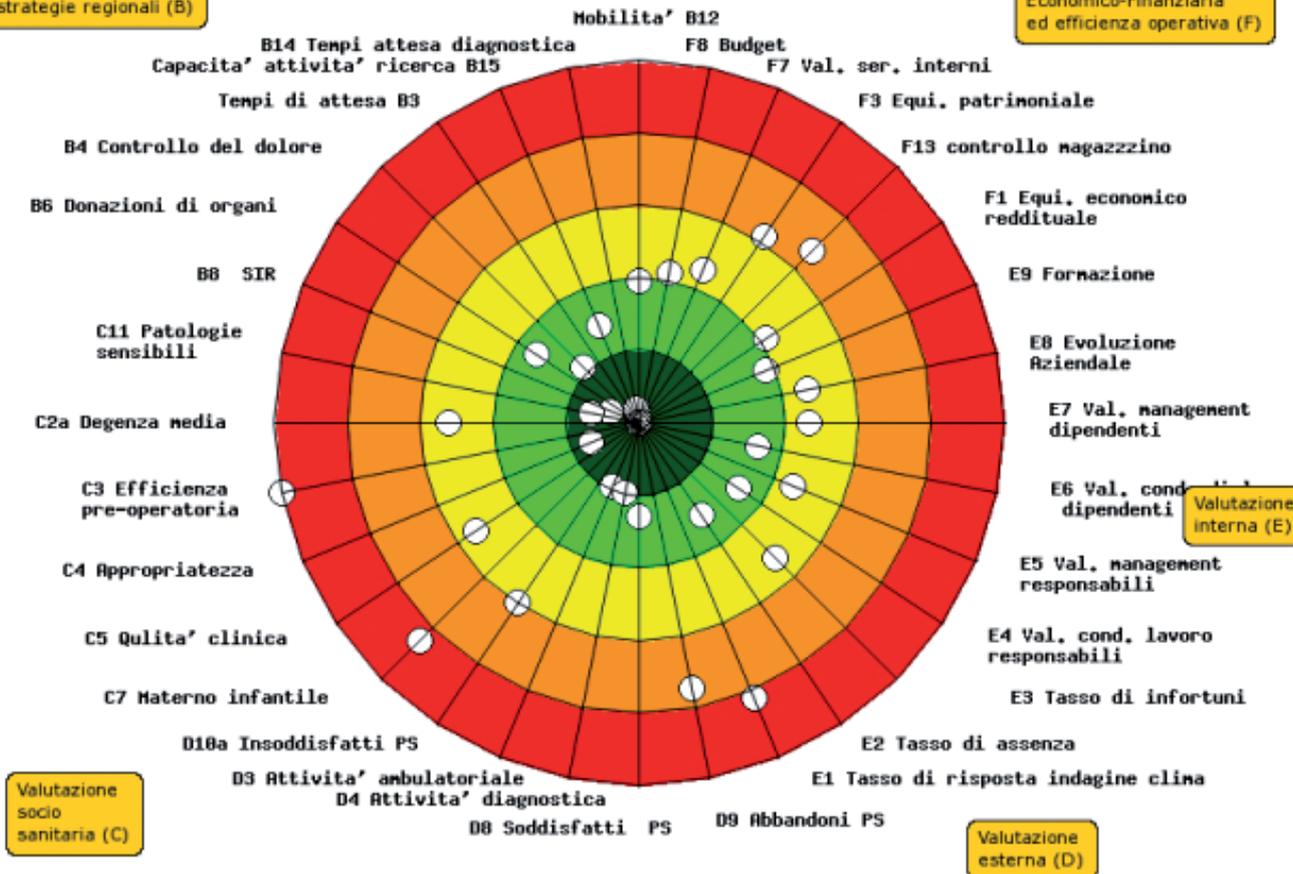
Per quanto riguarda i risultati conseguiti mediante l'indagine di clima è da evidenziare che, benché la partecipazione all'indagine da parte dei dipendenti sia stata bassa (E1 in fascia rossa), i dipendenti che hanno aderito hanno espresso una valutazione dell'andamento aziendale migliore rispetto alle altre realtà ospedaliero-universitarie. In particolare, i responsabili di struttura complessa hanno espresso una valutazione positiva del sistema di budget che, nell'ultima rilevazione del 2004, risultava ancora assente nella gestione dell'azienda.

Complessivamente sui 30 indicatori fino ad oggi monitorati l'azienda AOUP consegue nel 2007 ben 15 risultati in fascia verde e verde scuro.

AOU Pisana

Valutazione perseguimento strategie regionali (B)

Valutazione Economico-Finanziaria ed efficienza operativa (F)



Copyright Laboratorio Mes

Fig. 37 Sistema di valutazione 2007

Indicatori con la migliore performance a livello regionale:

B3	Tempi di attesa per 7 prestazioni ambulatoriali
B12.1.1.1	% fuga extra Area Vasta
B12.1.1.2	% fuga extra AV per DRG alta complessità
B12.2.2.1	% attrazione Extra Regione
C4.1	% Drg medici da reparti chirurgici
C5.8	% ventilazioni meccaniche non invasive (AOU)

Fig. 38 Best Practices

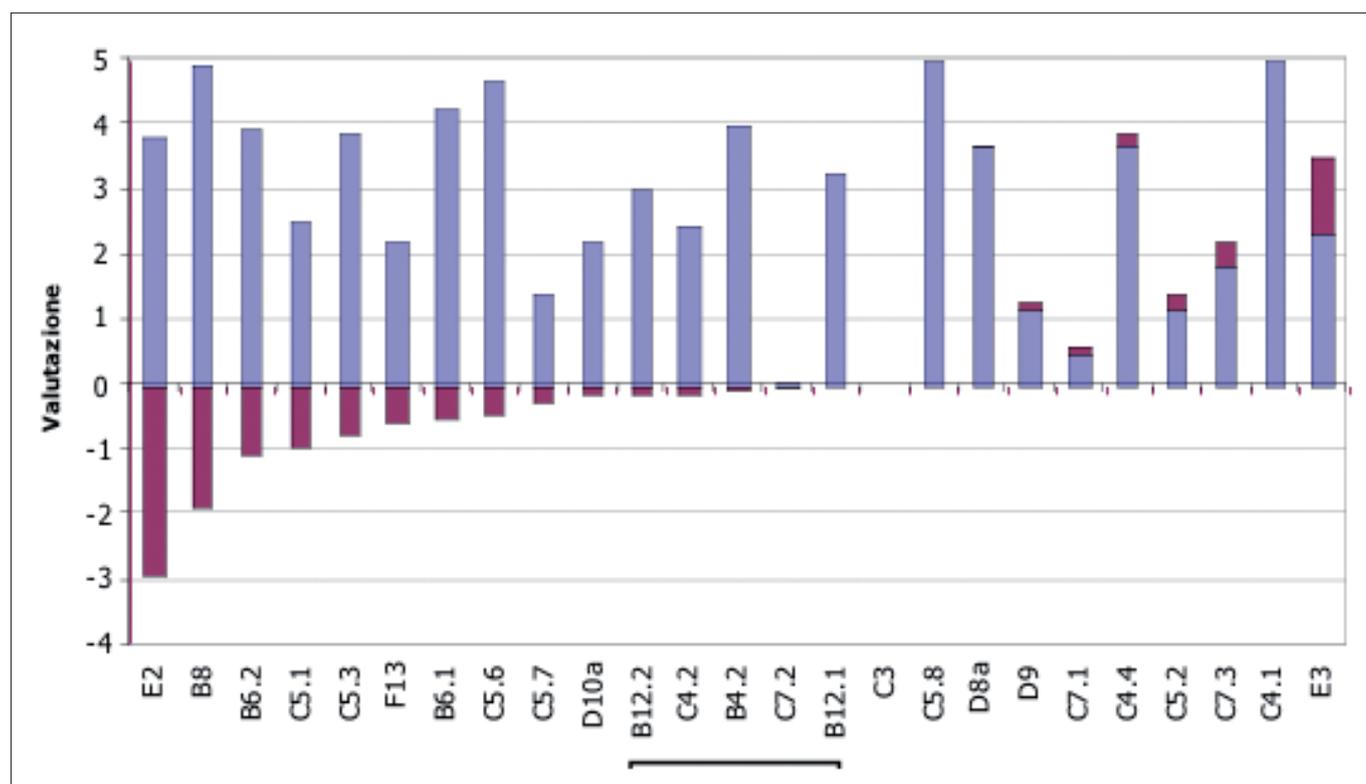


Fig. 39 Punteggi 2006 e variazione 2007-2006

Indicatori con la migliore performance a livello regionale:

B6.1	B6.1 Percentuale di individuazione dei potenziali donatori di organi
C5.6	% di utilizzo di 1 mammaria nel by-pass (AOU)
F1.2	Equilibrio economico gestione sanitaria
F1.3	ROI

Fig. 41 Best Practices

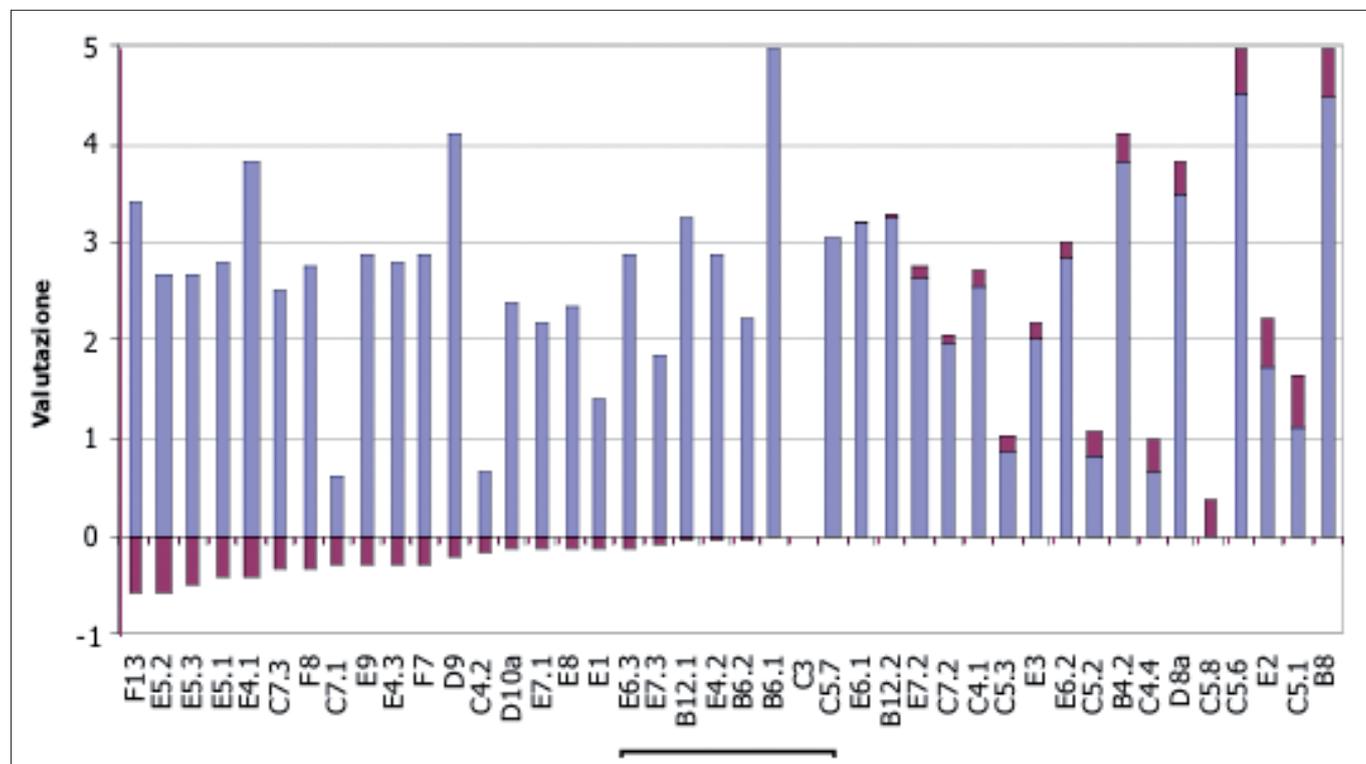


Fig. 42 Punteggi 2006 e variazione 2007-2006

4.15 La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi presenta una performance complessivamente buona ad eccezione degli indicatori relativi all'efficienza, che permangono in fascia arancione, quali gli indicatori della degenza media (C2a), in molto casi più lunga rispetto alla media regionale, la degenza media preoperatoria (C3) per le attività chirurgiche programmate e gli indicatori di appropriatezza (C4). Ottima la valutazione degli indicatori relativi alla performance del servizio di pronto soccorso (D8a), compreso il numero limitato di utenti molto o totalmente insoddisfatti.

L'Azienda registra la best practice a livello regionale per alcuni indicatori fra i quali i tempi di attesa per le 7 prestazioni ambulatoriali e il tasso di ospedalizzazione per diabete.

Rispetto al 2006, l'AOUC rappresenta la realtà ospedaliero-universitaria che ha ottenuto il numero maggiore di indicatori con un risultato di miglioramento nel 2007, riuscendo a muovere positivamente la performance in circa la metà degli indicatori monitorati.

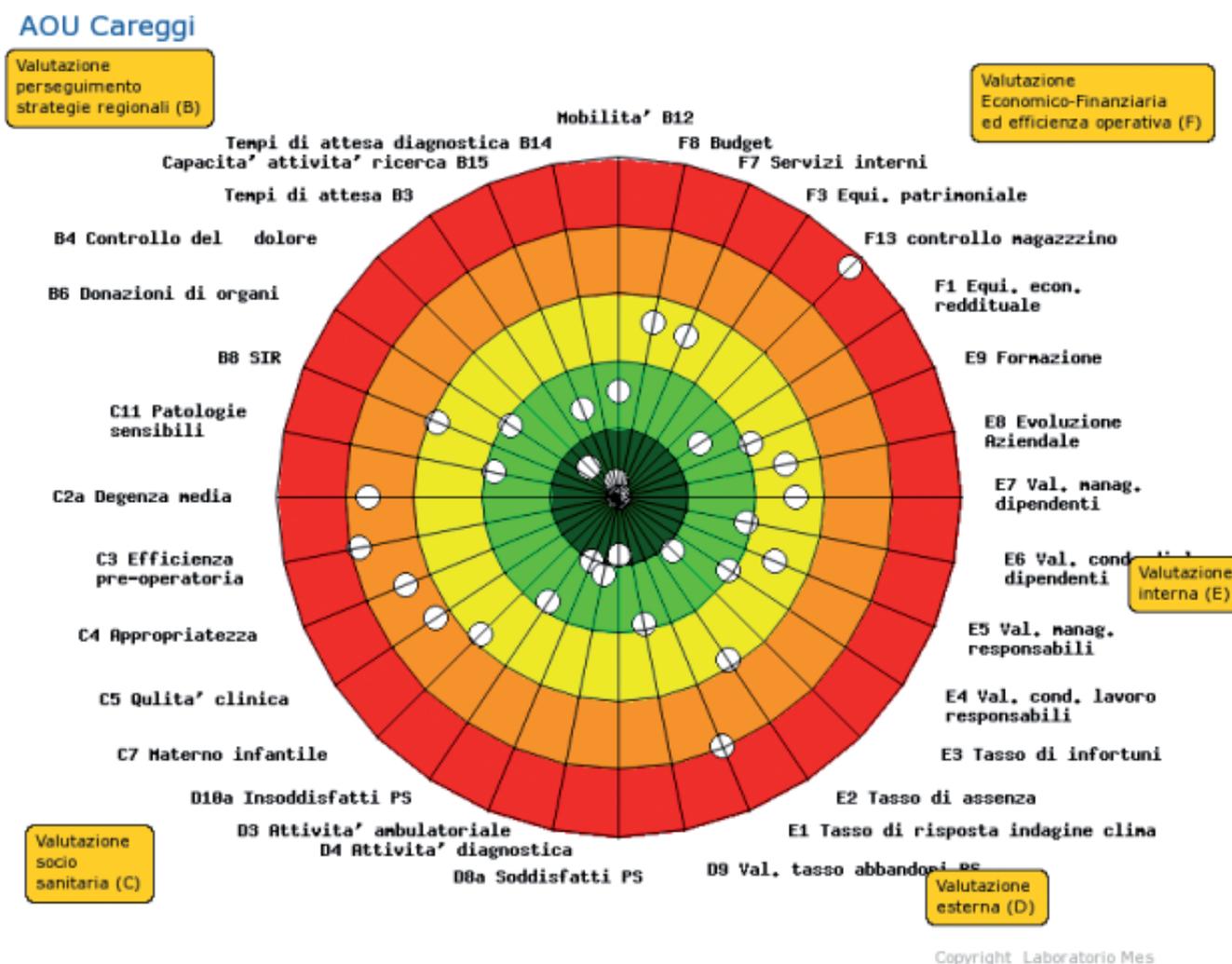


Fig. 43 Sistema di valutazione 2007

Indicatori con la migliore performance a livello regionale:

B3	Tempi di attesa per 7 prestazioni ambulatoriali
B12.1.2.1	% fuga Extra Regione (dato relativo al 2006)
B12.2.2.2	% Attrazione Extra Regione alta complessità
C5.7	% di interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)
C11.2	Tasso di ospedalizzazione per diabete cc lp

Fig. 44 Best Practices

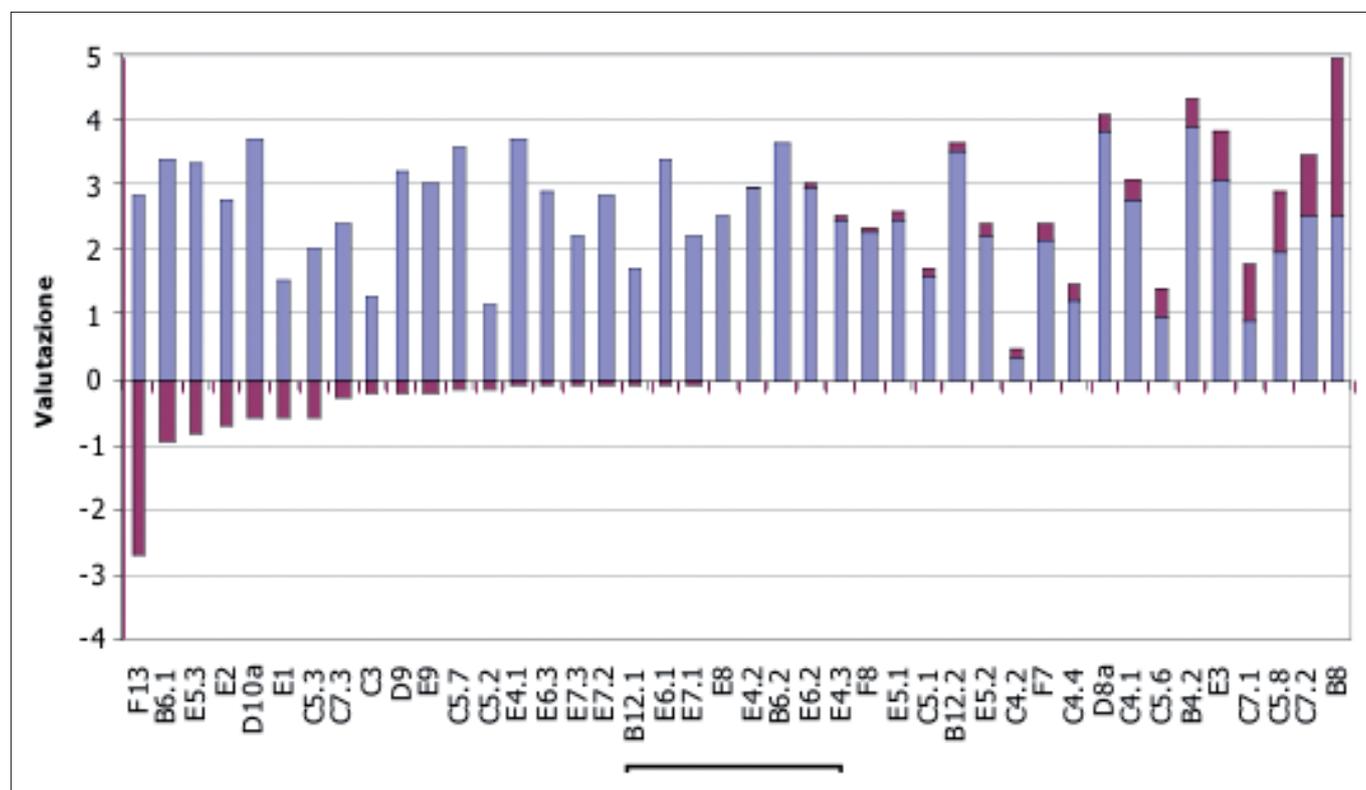
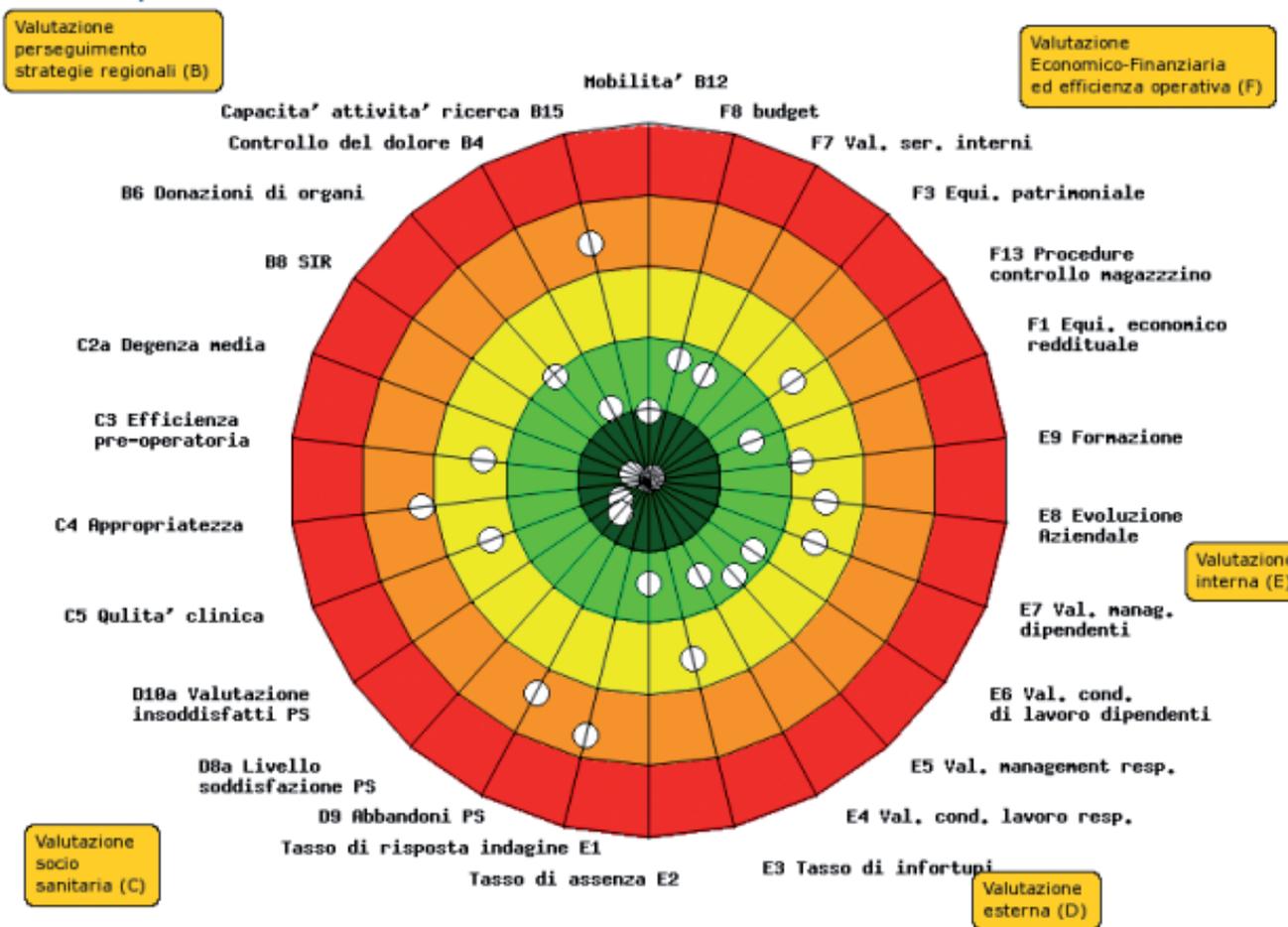


Fig. 45 Punteggi 2006 e variazione 2007-2006

4.16 La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer

L'azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer è certamente particolare rispetto alle altre, in quanto si tratta di un ospedale pediatrico. La performance nel 2007 risulta complessivamente positiva nella maggior parte degli indicatori registrandone ben 14 nelle fasce verdi. Molti degli indicatori inoltre vanno letti in modo differente rispetto alle altre aziende proprio in considerazione della specificità degli utenti a cui si rivolge. Per rendere più adeguata la valutazione sono in corso contatti con altre realtà pediatriche di rilevanza nazionale con cui attivare un benchmarking maggiormente significativo.

AOU Meyer



Copyright Laboratorio Mes

Fig. 46 Sistema di valutazione 2007

Indicatori con la migliore performance a livello regionale:

B8	Tempestività di trasmissione dati al SIR
F1.1	Equilibrio economico generale

Fig. 47 Best Practices

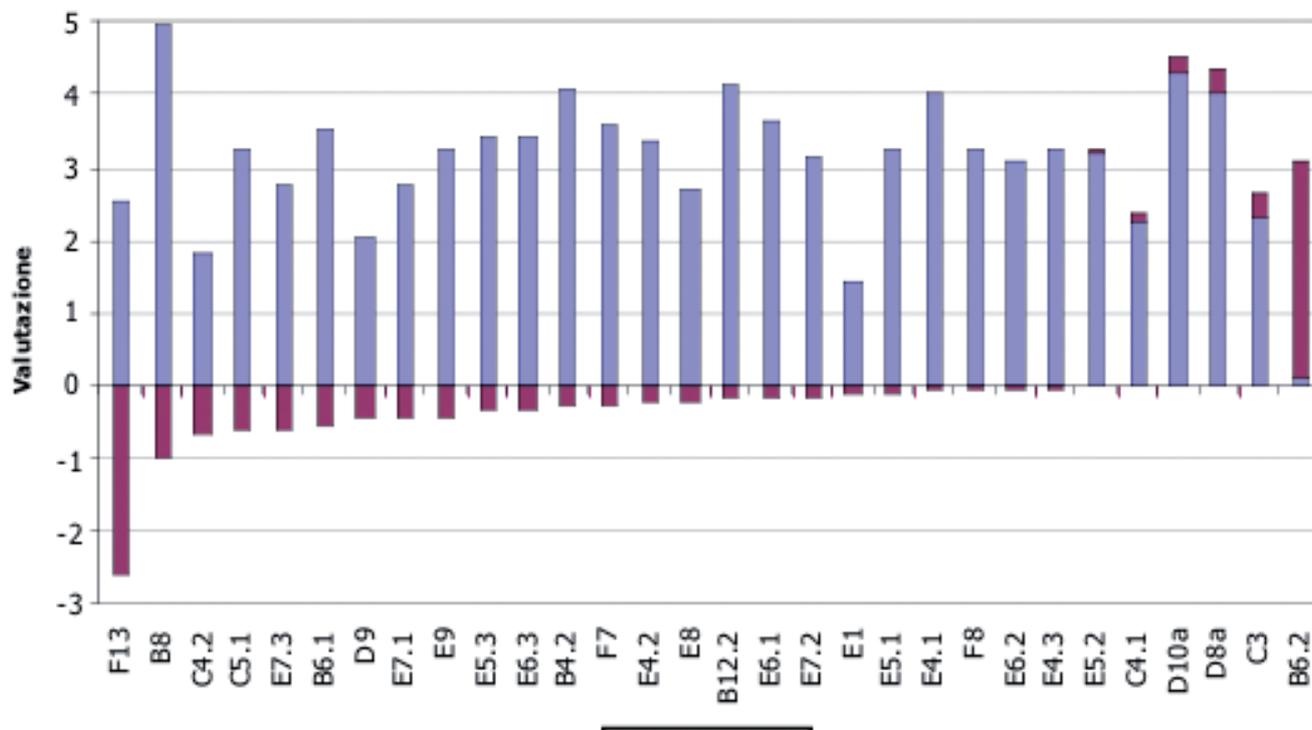


Fig. 48 Punteggi 2006 e variazione 2007-2006