

PARTE III

LA VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ DI PERSEGUIMENTO DELLE STRATEGIE REGIONALI

A cura di Sara Barsanti

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

- La tempestività di accesso al sistema, considerando i tempi di attesa sia diagnostici, che ambulatoriali;
- La qualità dei percorsi assistenziali, in particolare nel percorso materno-infantile, sia secondo una logica di equità di accesso, sia di continuità assistenziale tra le varie fasi del percorso stesso;
- La prevenzione, sia primaria, con la valutazione degli screening oncologici, sia secondaria, con la valutazione dei principali vaccini;
- La partecipazione dei pazienti e le strategie di umanizzazione dei percorsi, in particolare modo considerando le strategie per il controllo del dolore;
- La programmazione a livello di sistema, considerando le fughe e le attrazione per Area Vasta;
- I sistemi informativi, tramite la misura dei tempi di latenza dei flussi.

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

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

Il progetto speciale "Il controllo e la cura del dolore" è dedicato alle strategie regionali per il controllo del dolore: l'indicatore "strategie per il controllo del dolore -B4", ha lo scopo di valutare l'operato delle aziende sanitarie nella distribuzione dei farmaci oppioidi e nella misurazione del dolore al paziente. Non meno importante è il processo di donazione degli organi, a cui è dedicato l'indicatore "Processi di donazione degli organi - B6".

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

Il Sistema Sanitario Toscano da sempre si è focalizzato sui percorsi assistenziali, avendo come obiettivi sia la riorganizzazione degli stessi in termini di integrazione intersettoriale e di continuità assistenziale, sia un orientamento verso i bisogni e le aspettative dei pazienti. Per ciò che riguarda la continuità assistenziale, il sistema di valutazione si è concentrato sul percorso materno infantile, a cui è dedicato anche uno dei progetti speciali regionali ("Nascere in Toscana"), attraverso l'elaborazione dell'indicatore "Continuità assistenziale del percorso materno infantile -B13".

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

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

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

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

Per il 2007 gli indicatori dell'area B si concentrano quasi tutti nelle fasce di valutazione verdi, ottenendo quindi performance buone o ottime. Fanno eccezione gli screening e la mobilità, il cui dato per entrambi è relativo all'anno 2006, che si posizionano in fascia gialla.

In particolare gli obiettivi regionali sono raggiunti da quasi tutte le Aziende sia per i tempi di attesa per prestazioni ambulatoria e diagnostiche, sia per la copertura vaccinale per MPR. Circa la metà delle aziende raggiungono l'obiettivo di tempestività dei flussi amministrativi. Presentano ancora diverse criticità sia la copertura antinfluenzale per gli anziani, gli screening e la continuità assistenziale nel percorso materno infantile.

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

1. I Tempi di attesa per le visite specialistiche– B3 di F. Sanna

"Garantire a tutti i cittadini tempi di accesso alle prestazioni sanitarie certi ed adeguati ai problemi clinici presentati rappresenta un obiettivo di primaria importanza del Servizio Sanitario Nazionale, in quanto strumento atto a garantire il rispetto di fondamentali diritti della persona, quali la tutela della salute e l'eguaglianza nell'accesso alle prestazioni sanitarie" (Relazione finale della Commissione di studio sulla gestione dei tempi di attesa istituita con decreto del Ministro della Sanità del 28 dicembre 2000').

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

Tale obiettivo è confermato dal futuro Piano Sanitario Regione Toscana 2008-2010 che, al punto 6.9 intitolato "Visite specialistiche: un obiettivo di qualità" conferma che le *„visite cardiologica, ginecologica, oculistica, neurologica, dermatologica, ortopedica e otorinolaringoiatrica devono essere disponibili, almeno in uno dei punti di erogazione presenti nel territorio aziendale, entro un tempo massimo di attesa di quindici giorni."*

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

La modalità di indagine è stata modificata nell'anno 2007 in cui, oltre alle 7 prestazioni ambulatoriali, sono state oggetto di monitoraggio le prestazioni di diagnostica per immagini previste dalla DGRT 867 del 20 novembre 2006, che

¹ <http://www.ministerosalute.it>

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

stabilisce il diritto dell'utente ad effettuare entro il tempo massimo di 30 giorni le prestazioni di diagnostica strumentale elencate dalla delibera summenzionata.

Dal mese di Marzo 2007 le aziende sanitarie toscane inviano al Laboratorio MeS i dati delle liste di attesa in un giorno del mese scelto dai ricercatori e non comunicato preventivamente all'Azienda.

Ogni azienda procede all'invio dei dati tramite la schermata che appare all'operatore CUP al momento della prenotazione con fax o file (a seconda del sistema informativo utilizzato dall'azienda per la rilevazione delle liste di attesa).

Tale modalità di indagine è stata preceduta da una serie di incontri tra i ricercatori del Laboratorio MeS e il responsabile del CUP di ogni Azienda Sanitaria che hanno consentito uno scambio di informazioni sulle problematiche e sulle criticità della gestione delle liste di attesa.

L'indagine, relativa all'anno 2007³, ha rilevato una capacità di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali entro 15 giorni in circa il 98% dei casi.

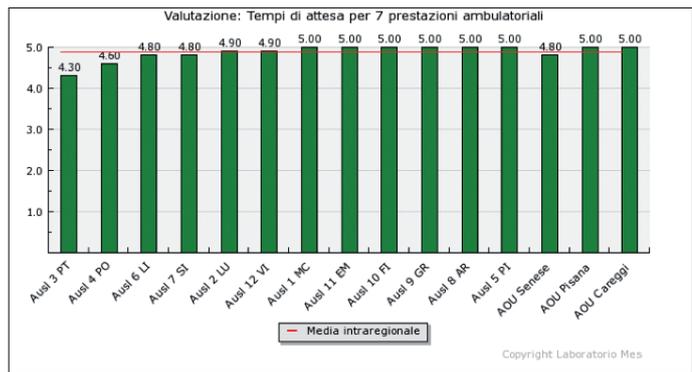


Fig. 1 Percentuale raggiungimento obiettivo regionale sette prestazioni ambulatoriali, anno 2007

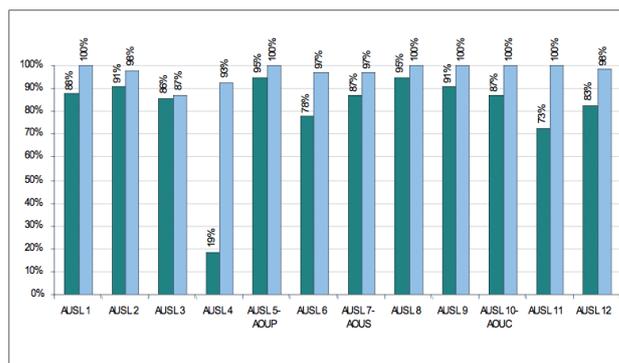


Fig. 2 Trend percentuale raggiungimento obiettivo regionale delle le sette prestazioni ambulatoriali, 2006-2007

Definizione:	Tempi di attesa per le visite specialistiche ambulatoriali.
Note per l'elaborazione:	Le specialistiche ambulatoriali oggetto di indagine sono: ginecologia, cardiologia, neurologia, dermatologia, ortopedia, otorinolaringoiatria, oculistica. L'indicatore calcola il tempo per l'erogazione di una delle sette visite specialistiche oggetto di indagine. L'obiettivo regionale è fissato in 15 giorni.
Fonte:	Indagine telefonica tramite l'utente misterioso rivolta ai CUP delle Aziende Sanitarie e Aziende Ospedaliere-Universitarie della Regione Toscana.
Parametro di riferimento:	PSR 2002-2005

Fig. 3 Scheda indicatore, Tempi di attesa per visite specialistiche

Il grafico testimonia un'ottima capacità delle Aziende Sanitarie toscane di rispettare l'obiettivo regionale. In particolare, si evidenziano i risultati conseguiti dall'Ausl 1, dall'Ausl 5-Aoup- dall'Ausl 8, dall'Ausl 9, dall'Ausl 10-Aouc e dall'Ausl 11.

Il dato è, ancora, più significativo se si confronta con i risultati dell'indagine svolta dal laboratorio MeS nell'anno 2006⁴ in cui la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo regionale si attestava su una capacità media dell'81%, dimostrando un miglioramento del 17%.

Se si esaminano i risultati delle singole specialità ambulatoriali quelle con più facile accesso sono la cardiologia e l'otorinolaringoiatria che nel 100% dei casi sono state erogate entro i 15 giorni.

³ L'indagine anno 2007 comprende i mesi da Marzo a Dicembre con esclusione del mese di Agosto

⁴

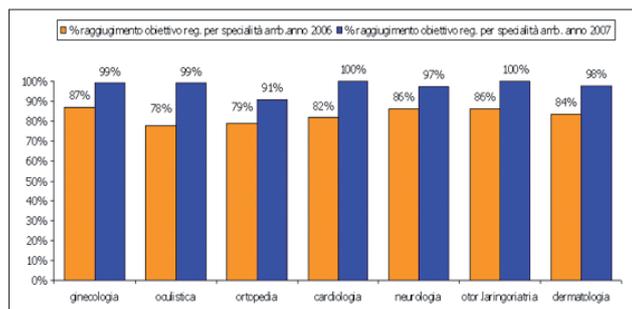


Fig. 4 Trend percentuale raggiungimento obiettivo regionale per specialità ambulatoriale, 2006- 2007

Il confronto tra i risultati ottenuti nell'anno 2006 e nell'anno 2007 sottolinea il miglioramento, in particolare, della specialità ambulatoriale cardiologia pari al 18% (82% nel 2006 e 100% nel 2007); a seguire si sottolineano i risultati dell'otorinolaringoiatria (86% nel 2006 e 100% nel 2007) e della dermatologia (84% nel 2006 e 98% nel 2007) che hanno avuto, entrambe, un miglioramento del 14%.

2. Le Strategie per il controllo del dolore – B4 di L.Marcacci

Il Piano Sanitario Regionale 2005-2007 (progetto speciale regionale per il controllo e la cura del dolore) dichiara che "non provare dolore inutile è un diritto di ogni cittadino" e individua obiettivi specifici per migliorare la gestione del dolore sia a livello ospedaliero che a livello territoriale. Tra i principali obiettivi posti dalla Regione c'è la valutazione del dolore nei reparti, compreso il Pronto Soccorso, mediante misurazioni sistematiche, l'aumento del consumo di farmaci oppioidi e l'attuazione di programmi di formazione/informazione per accrescere la consapevolezza di questo diritto fondamentale negli operatori sanitari e nei cittadini.

L'indicatore B4 risponde dunque alla necessità di verificare l'attuazione di alcuni degli indirizzi programmatici regionali contenuti nel PSR 2005-2007 in materia di controllo del dolore e si struttura come la sintesi della valutazione assegnata alle aziende per il consumo di farmaci oppioidi e per il livello di soddisfazione espresso dagli utenti del pronto soccorso e del servizio di ricovero ospedaliero ordinario.

Per quanto riguarda le informazioni relative agli utenti ricoverati si può consultare il Report 2006 che contiene i dati dello scorso anno, essendo l'indagine realizzata ad anni alterni. La figura mostra la struttura dell'indicatore B4.



Figura 1 Struttura albero, Strategie per il controllo del dolore

Il quadro complessivo a livello regionale appare positivo, con una valutazione media di 3,45. Le aziende che ottengono i migliori risultati sono la Ausl 8 AR, AOUC e AOUS, che si posizionano nella fascia verde scuro del bersaglio.

2.1- Il consumo di farmaci oppioidi

L'OMS indica il consumo di morfina pro-capite come un indicatore segnaletico della qualità della terapia del dolore e purtroppo l'Italia si colloca ancora molto lontana rispetto agli standard europei. Secondo i dati presenti sulla proposta del nuovo PSR 2008-2010 il consumo dei farmaci oppiacei in Toscana è circa il doppio rispetto a quello nazionale e raggiunge gli standard europei (2.5 DDD per 1000 abitanti), pertanto è necessario mantenere il trend, mentre il consumo della morfina deve essere incrementato dato che lo standard europeo (1.5 DDD per 1000 abitanti) è molto lontano dall'attuale media regionale (0.08 DDD per 1000 abitanti).

La Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in

soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. È una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi.

L'indicatore misura il consumo di oppioidi sia erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale sia distribuiti direttamente. I dati provengono dal Settore Farmaceutica, del Dipartimento Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana.

I grafici mostrano che la Aisl 8 AR e la Aisl 2 LU sono le aziende che utilizzano maggiormente questi farmaci sia in regime convenzionale sia mediante erogazione diretta.

Nell' anno 2007 il consumo di oppioidi erogati tramite le farmacie territoriali è compreso tra 2.21 e 4.35 DDD per 1000 ab, con una media intraregionale di 3.3 DDD per 1000 ab e un trend in crescita per tutte le aziende.

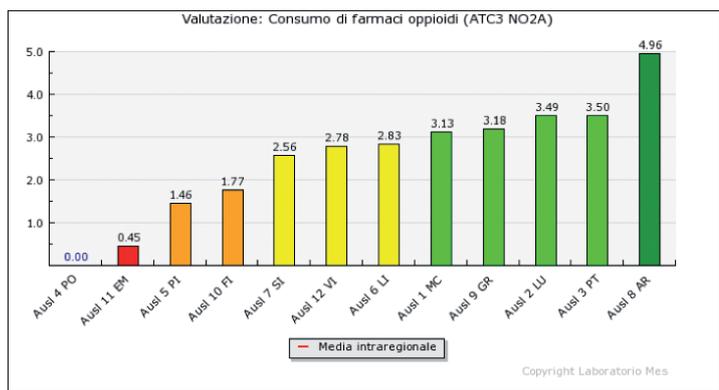


Figura 2 Valutazione Consumo di farmaci oppioidi erogati in regime convenzionale

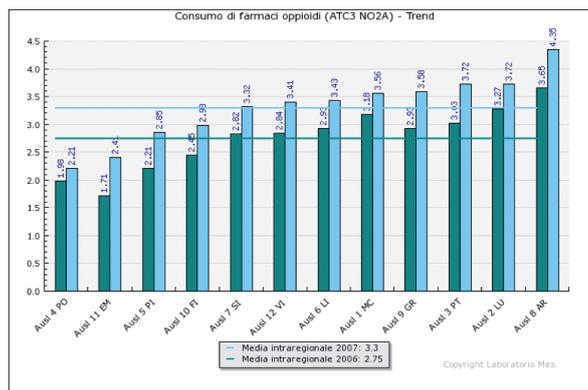


Figura 3 Trend Consumo di farmaci oppioidi erogati in regime convenzionale, anno 2006–2007

Azienda di erogazione	OPPIOIDI: DDD PER 1000 ABITANTI DIE
AUSL 1 MC	3.57
AUSL 2 LU	3.72
AUSL 3 PT	3.73
AUSL 4 PO	2.21
AUSL 5 PI	2.85
AUSL 6 LI	3.44
AUSL 7 SI	3.32
AUSL 8 AR	4.35
AUSL 9 GR	3.59
AUSL 10 FI	2.99
AUSL 11 EM	2.42
AUSL 12 VI	3.42
Regione	3.27

Figura 4 Consumo di farmaci oppioidi erogati in regime convenzionale, anno 2007

Definizione:	Consumo giornaliero di farmaci oppioidi (ATC = N02A) erogati dalle farmacie territoriali, in regime convenzionale per 1.000 residenti
Numeratore:	DDD per 1000 ab die di farmaci oppioidi consumate nell 'anno per principio attivo x 1000
Denominatore:	N° residenti x giorni nell 'anno
Formula matematica:	$\frac{\text{DDD per 1000 ab die farmaci oppioidi consumate per principio attivo nell 'anno}}{\text{N° residenti x giorni nell 'anno}}$
Note per l'elaborazione:	I farmaci oppioidi sono appartenenti alla classe ATC3 (classificazione anatomico - terapeutica) N02A. Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose giornaliera definita, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all 'indicazione terapeutica principale della sostanza. È ' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. I dati sono per azienda di erogazione
Fonte:	Settore Farmaceutica: Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Media regionale

Figura 5 Scheda indicatore Consumo di farmaci oppioidi erogati in regime convenzionale

Il consumo derivante dalla distribuzione diretta invece è calcolato in termini di unità posologiche per 1000 abitanti (popolazione pesata secondo i criteri riportati nel PSR 2005-2007). Nell' anno 2007 il consumo di oppioidi distribuiti direttamente è estremamente eterogeneo ed è compreso tra 5.35 u.p. e 115 u.p. per 1000 abitanti, con una media intraregionale di 31 u.p. per 1000 abitanti. Osservando i grafici si nota nell' anno 2007 il notevole incremento nel utilizzo di questa categoria di farmaci della Ausl 8 di Arezzo, che pertanto registra come lo scorso anno una performance particolarmente virtuosa.

Confrontando i dati degli anni 2006-2007 si nota una risposta positiva agli indirizzi programmatici regionali, seppure non omogenea, evidenziata da un aumento del consumo medio regionale di questa categoria di farmaci.

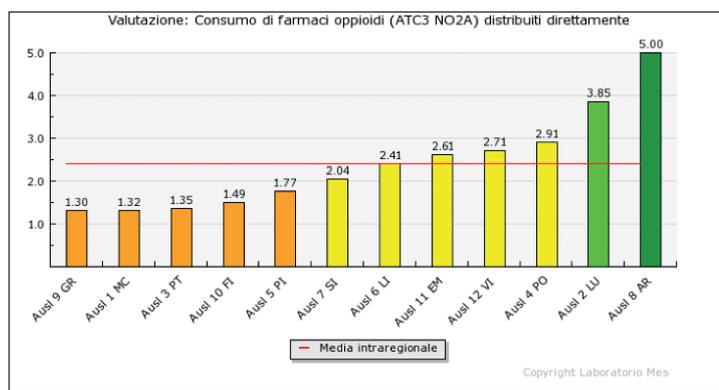


Figura 6 Valutazione Consumo di farmaci oppioidi distribuiti direttamente

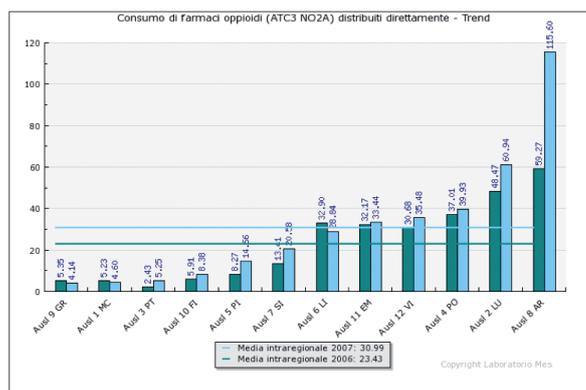


Figura 7 Trend Consumo di farmaci oppioidi distribuiti direttamente, anno 2006-2007

Azienda di residenza	OPPIOIDI: Unità Posologiche per 1000 residenti	OPPIOIDI: unità posologiche erogate	Popolazione Gennaio 2007 pesata con pesi PSR 2005-2007
AUSL 1 MC	4.60	943	204869
AUSL 2 LU	60.94	13.252	217459
AUSL 3 PT	5.26	1.451	275994
AUSL 4 PO	39.93	8.951	224147
AUSL 5 PI	14.66	4.735	322968
AUSL 6 LI	28.85	10.241	354997
AUSL 7 SI	20.58	5.603	272225
AUSL 8 AR	115.61	38.460	332673
AUSL 9 GR	4.14	954	230363
AUSL 10 FI	8.38	6.847	816775
AUSL 11 EM	33.44	7.409	221548
AUSL 12 VI	35.49	5.827	164193
Regione	28.77	104.673	3.638.211

Figura 8 Consumo di farmaci oppioidi distribuiti direttamente, anno 2007

Definizione:	Consumo giornaliero di farmaci oppioidi (ATC = N02A) erogati mediante distribuzione diretta per 1.000 residenti
Numeratore:	N. unit à posologiche farmaci oppioidi erogate direttamente x 1000
Denominatore:	Popolazione residente gennaio 2007 pesata secondo i criteri del PSR 2005 -2007
Formula matematica:	$\frac{\text{N. unit à posologiche farmaci oppioidi erogate direttamente x 1000}}{\text{Popolazione residente gennaio 2007 pesata secondo i criteri del PSR 2005 -2007}}$
Fonte:	Settore Farmaceutica: Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Media regionale

Figura 9 Scheda indicatore Consumo di farmaci oppioidi distribuiti direttamente

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

La soglia del dolore è un dato soggettivo che varia a seconda della persona. In considerazione di questo fatto, per comprendere e trattare il dolore di ognuno in modo adeguato è indispensabile dare l'opportunità alla persona di comunicare la propria percezione. Le domande specifiche riguardanti l'ambito della gestione del dolore presenti sui questionari somministrati ai pazienti nel corso delle indagini di soddisfazione costituiscono pertanto la dimensione dell'indicatore che si propone di dar forza alla voce al paziente, troppo a lungo ignorata o considerata poco attendibile.

Agli intervistati che hanno dichiarato di provare dolore durante il periodo di permanenza in Pronto Soccorso è stato chiesto di valutare il grado di attenzione dedicata dal personale per gestire tale dolore : in Toscana circa il 70% degli intervistati ha dichiarato che il personale ha fatto tutto il possibile per controllare/attenuare il dolore.

Il grafico mostra che le aziende che ottengono i migliori risultati sono la Ausl 8 AR e la AOUC mentre la Ausl1 MC e la Ausl 5 PI risultano meno attente riguardo a questa dimensione e si collocano nella fascia gialla del bersaglio

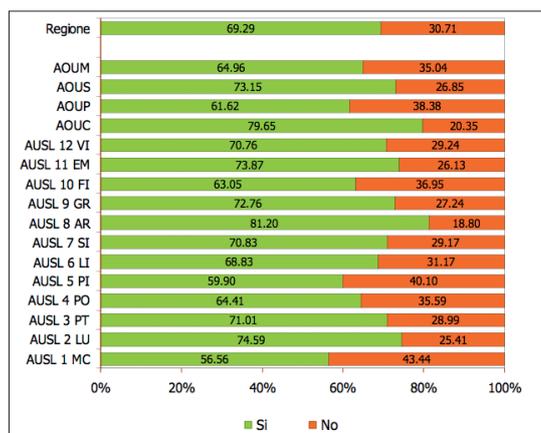


Figura 10 Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Pensa che il personale del Pronto Soccorso abbia fatto quanto possibile per attenuare il dolore?"

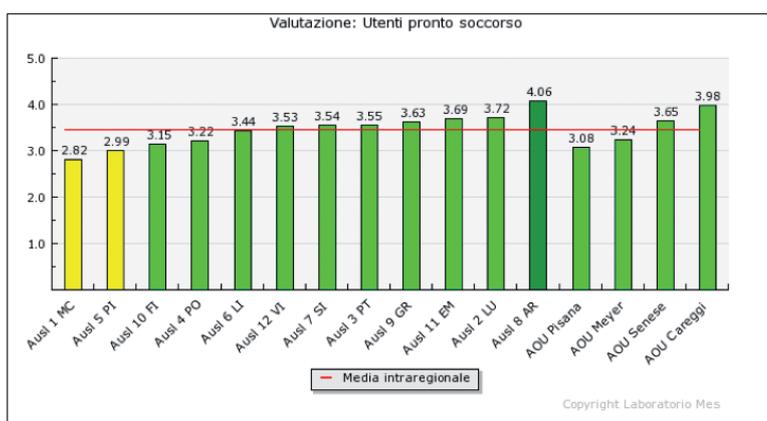


Figura 11 Valutazione utenti Pronto Soccorso

Pensa che il personale del Pronto Soccorso abbia fatto quanto possibile per attenuare il dolore?				
Azienda	Si	No	N. osservazioni	Valutazione
Ausl 1 MC	56.56	43.44	244	2.83
Ausl 2 LU	74.59	25.41	244	3.73
Ausl 3 PT	71.01	28.99	238	3.55
Ausl 4 PO	64.41	35.59	222	3.22
Ausl 5 PI	59.9	40.1	192	3.00
Ausl 6 LI	68.83	31.17	231	3.44
Ausl 7 SI	70.83	29.17	240	3.54
Ausl 8 AR	81.2	18.8	234	4.06
Ausl 9 GR	72.76	27.24	246	3.64
Ausl 10 FI	63.05	36.95	249	3.15
Ausl 11 EM	73.87	26.13	222	3.69
Ausl 12 VI	70.76	29.24	236	3.54
AOU Pisana	79.65	20.35	172	3.08
AOU Senese	61.62	38.38	198	3.66
AOU Careggi	73.15	26.85	216	3.98
AOU Meyer	64.96	35.04	117	3.25

Figura 12 Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Pensa che il personale del Pronto Soccorso abbia fatto quanto possibile per attenuare il dolore?"

Definizione:	Livello di soddisfazione degli utenti del Pronto Soccorso relativi alle modalità di controllo e gestione del dolore
Note per l'elaborazione:	Il punteggio è stato calcolato in base alle percentuali di risposta ottenute alla domanda: "Pensa che il personale del Pronto Soccorso abbia fatto quanto possibile per attenuare il dolore?". Le opzioni di risposta erano "si" o "no" e la valutazione è stata assegnata sulla percentuale di risposte "si", secondo il seguente criterio: 100% - 80% fascia verde scuro (punteggio da 5 a 4) 80% - 60% fascia verde chiaro (punteggio da 4 a 3) 60% - 40% fascia gialla (punteggio da 3 a 2) 40% - 20% fascia arancione (punteggio da 2 a 1) 20% - 0% fascia rossa (punteggio da 1 a 0)
Fonte:	Indagine "Il percorso emergenza. L'esperienza e la soddisfazione degli utenti" - Anno 2007 Laboratorio MeS
Popolazione di riferimento:	La popolazione da cui è stato estratto il campione è rappresentata dagli utenti maggiorenni che si sono recati in uno dei Pronto Soccorso toscani nel periodo tra il 24 settembre e il 14 ottobre 2007 (per la Ausl 11 EM il reclutamento si è svolto tra il 1 ottobre e il 21 ottobre). Nel caso della AOUM sono stati intervistati i genitori o i tutori legali del bambino Non sono stati inseriti nella lista campionaria gli utenti minorenni, gli utenti non in grado di intendere e di volere né coloro che durante la fase di reclutamento hanno espresso la volontà di non essere intervistati

Figura 13 Scheda indicatore, utenti Pronto Soccorso

3. L'Estensione e l'Adesione agli screening oncologici –B5 di S. Barsanti

Nel novembre 2006 il Ministero della Salute ha emanato le "Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto" che individuano come programmi di screening da attuare sul territorio nazionale.

- La diagnosi precoce del cervico-carcinoma mediante Pap-test, per le donne comprese fra i 25 e i 64 anni
- La diagnosi precoce del tumore mammario mediante screening mammografico, per le donne fra i 50 e i 69 anni
- La diagnosi precoce del tumore del colon-retto mediante ricerca del sangue occulto fecale per gli uomini e le donne ogni due anni fra i 50 e i 69-70-74 o mediante sigmoidoscopia una volta nella vita o con intervallo non inferiore a 10 anni per le persone di 58-60 anni.

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

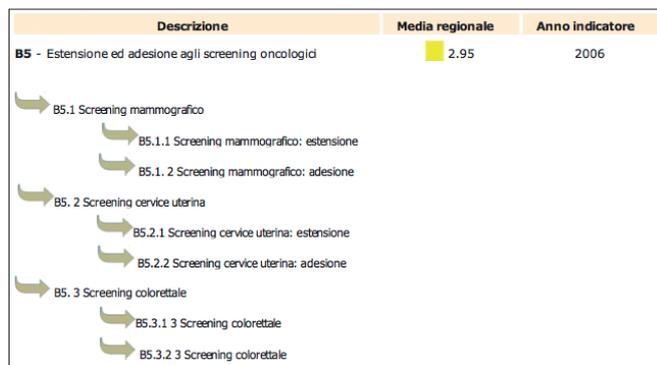


Fig. 1 L'albero di valutazione per gli screening oncologici, 2006

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

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

Tanto per lo screening mammografico, che per quello della cervice uterina deve considerarsi come critica (fascia colore rosso) un'estensione inferiore all'80% (il dato va letto su due anni nel primo caso e su tre anni nel secondo caso); per lo screening colorettales si inizia a parlare di criticità (fascia colore arancione) per valori inferiori al 60% (questo dato deve perseguirsi in un biennio); per gli obiettivi di adesione si prevedono soglie ottimali del 70% per lo screening mammografico e colorettales e del 60% per lo screening della cervice uterina. I dati elaborati provengono dal "Rapporto sugli screening della Regione Toscana", a cura del Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (CSPO) e si riferiscono all'anno 2006.

Come conferma anche il nuovo Piano Sanitario, le ASL Toscane hanno dimostrato negli ultimi anni un forte impegno per la definitiva messa a regime dei programmi di screening oncologico: confrontando i dati complessivi regionali con quelli medi italiani si nota come la Toscana si collochi al di sopra di tutti i valori medi nazionali. In media la regione ha raggiunto l'obiettivo previsto per l'estensione agli screening cervicale con un anno di anticipo, mentre sono ancora al di sotto dell'obiettivo l'estensione mammografia e del colon retto, che comunque mostrano notevoli miglioramenti tra il 2005 ed il 2006. In termini di adesione gli obiettivi previsti del 60, 80 e 70% rispettivamente del mammografico, cervicale e colon-retto non sono raggiunti e si prevede non saranno raggiunti neanche a fine 2007. Se da una parte l'estensione può essere garantita tramite una gestione dell'offerta che potenzi l'accesso per ogni utente del servizio, fattori difficilmente controllabili influiscono sui livelli di partecipazione: ad esempio molte donne usufruiscono di attività preventive di fuori dell'offerta pubblica.

La figura seguente mostra la valutazione complessiva per le aziende sanitarie toscane dei tre programmi di screening.

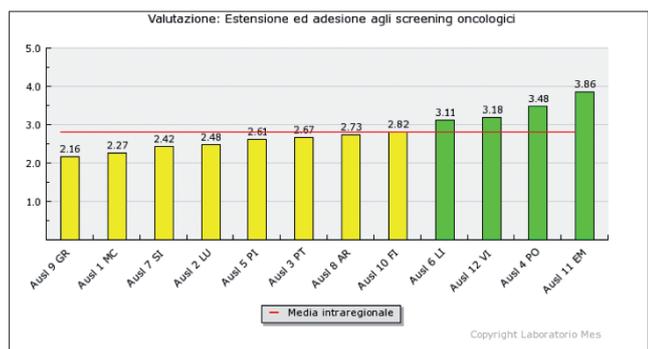


Fig. 2 La valutazione per gli screening oncologici, 2006

Nessuna azienda mostra performance critiche: nessun punteggio, infatti, cade in fascia arancione o rossa. Molto buona la performance della Asul 11 di Empoli e della Asul 4 di Prato. Le aziende più critiche rimangono l'Asul 9 di Grosseto, che non ha ancora attivato lo screening colon-retto e la Asul 1 di Massa.

3.1 - Gli screening mammografici

Per quanto riguarda gli screening mammografici, rivolti a donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni, l'estensione media regionale del biennio 2005-2006 è stata dell'82%, rimanendo stabile rispetto al biennio precedente. Si registrano, però, ancora forti differenze tra aziende sanitarie: Si varia, infatti, dal 66% della AUSL 5 di Pisa al 99% della AUSL 12 di Viareggio.

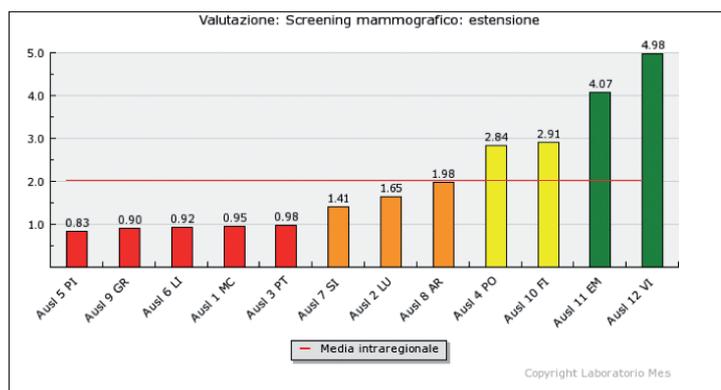


Fig. 3 Valutazione estensione screening mammografici

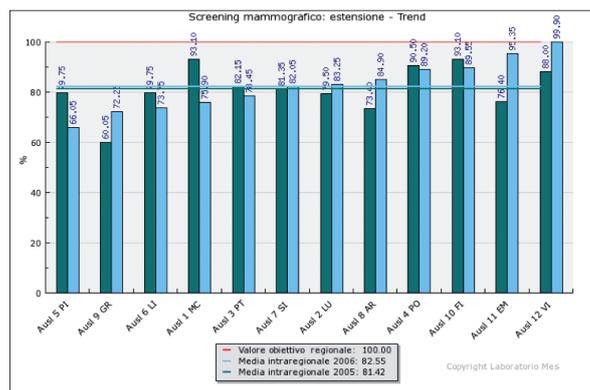


Fig. 4 Trend estensione screening mammografici, biennio 2004-2005 / 2005-2006

Soltanto in due aziende sanitarie l'estensione⁵ agli screening mammografici ha superato il 90%; in particolare si segnala la scarsa performance di alcune aziende che hanno registrato percentuali di estensione inferiori al 70%.

Asl	Popolazione bersaglio totale età 50-69	Popolazione invitata 50-69 Anno 2006	Estensione (%)						
			Anno 2006		Anno 2005		Anno 2004	media biennio 04-05	biennio 05-06
			Età 50-69	Età 50-69	Età 50-70				
ASL 1 Massa Carrara	26.714	10.167	76.1	75.7	110.5	93.1	75.9		
ASL 2 Lucca	28.287	13.492	95.4	71.1	87.9	79.5	83.25		
ASL 3 Pistoia	36.599	13.986	76.4	80.5	83.8	82.15	78.45		
ASL 4 Prato	30.339	17.218	113.5	64.9	116	90.5	89.2		
ASL 5 Pisa	43.712	14.953	68.4	63.7	96	79.75	66.05		
ASL 6 Livorno	47.989	18.678	77.8	69.7	89.8	79.75	73.75		
ASL 7 Siena	33.897	14.999	88.5	75.6	87.1	81.35	82.05		
ASL 8 Arezzo	42.722	19.638	91.9	77.9	69	73.4	84.9		
ASL 9 Grosseto	30.863	11.216	72.7	71.8	48.3	60.05	72.25		
ASL 10 Firenze	110.422	42.186	76.4	102.7	84	93.1	89.55		
ASL 11 Empoli	28.507	13.057	91.6	99.1	53.7	76.4	95.35		
ASL 12 Viareggio	22.326	11.993	107.4	92.4	83.6	88	99.9		
Regione Toscana	482.377	201.583	83.6	81.8	82.7	82.25	82.7		

Fig. 5 Trend estensione screening mammografici, biennio 2004-2005 / 2005-2006

Definizione:	Percentuale di donne invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni)
Numeratore:	N. donne invitate allo screening in due anni
Denominatore:	Popolazione di riferimento (50-69)
Formula matematica:	N. donne invitate allo screening in due anni x100 / Popolazione di riferimento (50-69)
Note per l'elaborazione:	Per l'estensione mammografica non si effettuano correzioni
Fonte:	I programmi di screening della regione Toscana - 8° rapporto annuale CSPO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: >100%

Fig. 6 Scheda indicatore estensione screening mammografici

La percentuale media regionale di partecipazione al programma è di circa 68% per il 2006, con un lieve peggioramento rispetto all'anno precedente in cui registrava un'adesione del 70%: nessuna azienda riesce a raggiungere l'obiettivo regionale fissato all'80%. L'adesione corretta, infatti, varia tra il 53.7% della AUSL 2 di Lucca ed il 75.8% della AUSL 4 di Prato.

⁵ Solo per gli screening mammografici è stata considerata l'estensione grezza.

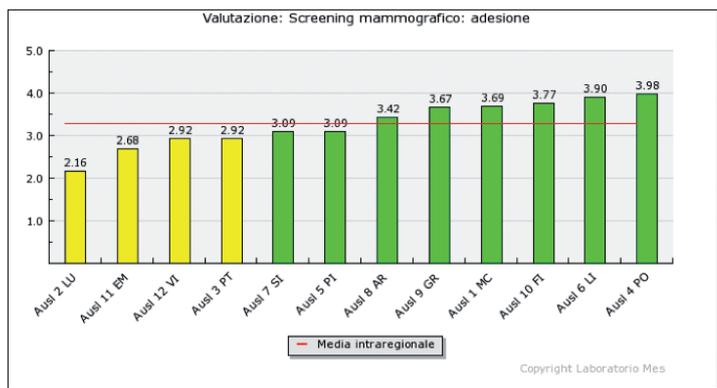


Fig. 7 Valutazione adesione screening mammografici, anno 2006

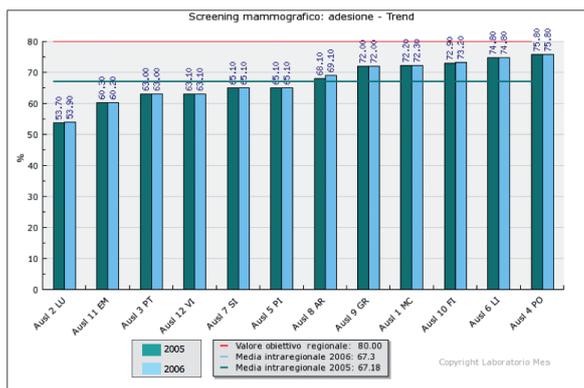


Fig. 8 Trend adesione screening mammografici, 2005-2006

Ausl	Popolazione invitata 50-69	Inviti inesitati 50-69	Donne escluse dopo invito per MX recente 50-69	Respondenti 50-69 (%)	Adesione grezza 2006 50-69 anni (%)	Adesione grezza 2005 50-69 anni (%)
ASL 1 Massa Carrara	10.167	n.d.	318	7.117	70,0	70,1
ASL 2 Lucca	13.492	n.d.		7.266	53,9	53,7
ASL 3 Pistoia	13.986	432	265	8.369	61,7	61,5
ASL 4 Prato	17.218	13	1.284	12.071	70,2	69,2
ASL 5 Pisa	14.953	416	870	8.901	61,2	61,2
ASL 6 Livorno	18.678	217	489	13.441	72,8	72,8
ASL 7 Siena	14.999	n.d.		9.757	65,1	65,1
ASL 8 Arezzo	19.638	311	1.303	12.46	64,5	64,4
ASL 9 Grosseto	11.216	327	2.422	6.099	56,0	56,1
ASL 10 Firenze	42.186	375	2.145	29.018	69,4	71,0
ASL 11 Empoli	13.057	123		7.784	60,2	59,8
ASL 12 Viareggio	11.993	627	255	7.013	61,7	61,7
Regione Toscana	201.583	2.841	9.351	129.296	65,1	65,5

Fig. 9 Trend adesione screening mammografici, 2005-2006

Definizione:	Percentuale di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate
Numeratore:	N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico
Denominatore:	N. donne invitate allo screening mammografico
Formula matematica:	$\frac{\text{N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico}}{\text{N. donne invitate allo screening mammografico}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Nelle donne invitate allo screening sono escluse coloro che hanno effettuato di recente una MX
Fonte:	I programmi di screening della regione Toscana - Rapporto annuale CSPO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: >80%

Fig. 10 Scheda indicatore adesione screening mammografici

3.2 - Gli screening cervice uterina

Per quanto riguarda, invece, lo screening della cervice uterina, rivolto a donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni, si registra una estensione media regionale nel triennio 2004-2006 di circa il 97%. Rispetto agli altri programmi, lo screening della cervice registra le più alte percentuali di estensione per tutte le aziende. Alcune aziende sanitarie hanno invitato una percentuale di donne superiore rispetto alla popolazione target, con una percentuale di estensione, quindi, superiore al 100%.

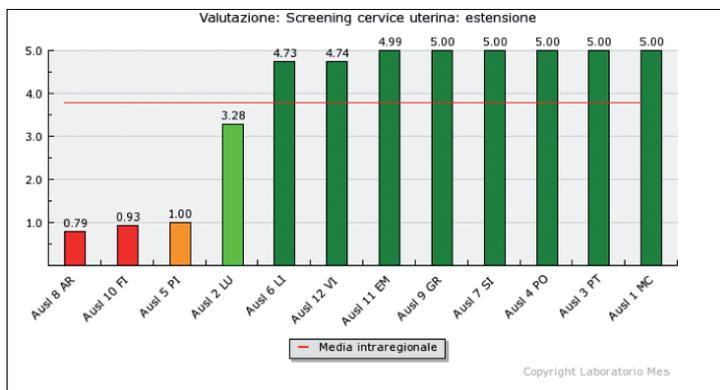


Fig. 11 Valutazione estensione screening cervice uterina

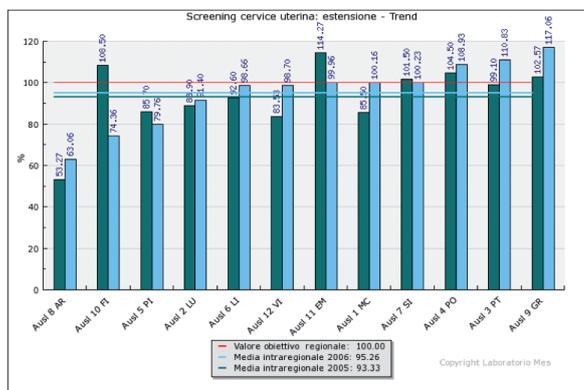


Fig. 12 Trend screening estensione cervice uterina, triennio 2003-2005 2004-2006

I dati variano dal un massimo di 110.8% di estensione per la Ausl e di Pistoia ad un minimo di 79.77% della Ausl di Pisa. Disaggregando in dati relativi all'estensione nei tre anni 2003-2004-2005-2006, si nota che in ogni azienda l'estensione in termini percentuali è aumentata rispetto al 2003 o comunque non è variata per quelle aziende che già nel 2003 mostravano ottime performance.

ASL	Pop. bersaglio totale 25-64 anni ²	Pop. Bersagli o/ anno	Donne escluse prima dell'invito	Donne invitate	Estensione aggiustata ¹ (%)					
					Anno 2006	Anno 2005	Anno 2003	Anno 2005	Media triennio 04-06	Media triennio 03-05
ASL 1 Massa Carrara	55.831	18.61	491	23.467	129.50	123.40	47.60		100.17	85.50
ASL 2 Lucca	59.639	19.88	0	17.735	89.20	86.30	98.70	81.7	91.40	88.90
ASL 3 Pistoia	79.385	26.462	3.504	23.602	102.80	110.30	119.40	67.6	110.83	99.10
ASL 4 Prato	68.997	22.999	0	21.029	91.40	76.00	159.40	78.1	108.93	104.50
ASL 5 Pisa	92.54	30.847	1.019	19.92	66.80	74.80	97.70	84.6	79.77	85.70
ASL 6 Livorno	98.399	32.8	0	31.208	95.10	85.70	115.20	76.9	98.67	92.60
ASL 7 Siena	71.239	23.746	75	23.777	100.40	96.00	104.30	104.2	100.23	101.50
ASL 8 Arezzo	92.679	30.893	837	26.459	88.00	61.00	40.20	58.6	63.07	53.27
ASL 9 Grosseto	61.955	20.652	5.24	19.162	124.30	138.90	88.00	80.8	117.07	102.57
ASL 10 Firenze	226.837	75.612	14.764	67.901	111.60	99.80	111.70	114	107.70	108.50
ASL 11 Empoli	63.481	21.16	312	16.24	77.90	136.00	86.00	120.8	99.97	114.27
ASL 12 Viareggio	47.563	15.854	4.166	12.802	109.50	105.20	81.40	64	98.70	83.53
Regione Toscana	1.018.545	339.515	30.408	303.302	98.10%	95.50%	98.10%	95.50%	97.23%	96.37%

Fig. 13 Trend estensione screening cervice uterina, triennio 2003-2005 2004-2006

Definizione:	Percentuale di donne invitate allo screening cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64)
Numeratore:	N. donne invitate allo screening nei tre anni consecutivi.
Denominatore:	Popolazione di riferimento (25-64)
Formula matematica:	$\frac{\text{N. donne invitate allo screening per tre anni consecutivi} \times 100}{\text{Popolazione di riferimento (25-64)}}$
Note per l'elaborazione:	Nell'estensione corretta non si contano le donne escluse prima dell'invito
Fonte:	I programmi di screening della regione Toscana - Rapporto annuale CSPO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: >100%

Fig. 14 Scheda indicatore estensione screening cervice uterina

L'adesione allo stesso programma per l'anno 2006, invece, a livello regionale è di circa il 50%, in miglioramento rispetto all'anno precedente.

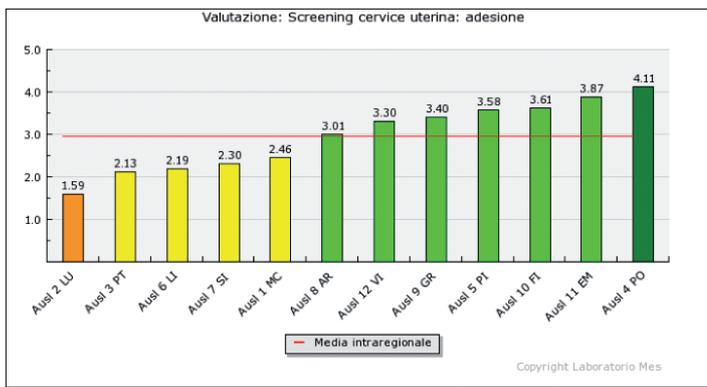


Fig. 15 Valutazione adesione screening cervice uterina, anno 2006

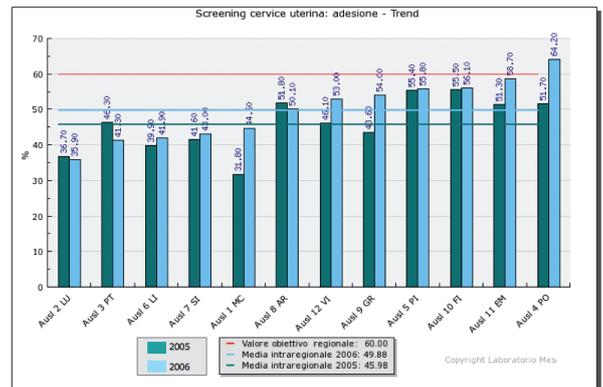


Fig. 16 Trend adesione screening cervice uterina, 2005-2006

Soltanto l'Ausl 4 di Prato raggiunge l'obiettivo regionale del 60% nell'anno 2006 con un percentuale di adesione di 64.2%; altre aziende, invece, mostrano valori ancora piuttosto bassi, come ad esempio l'Ausl 2 di Lucca con il 35% di adesione nel 2006.

Programmi	Pop. Invitata	Inviti inesitati	Donne escluse dopo l'invito	Donne Rispondenti	Adesione aggiustata ¹ (%)		
					Anno 2006	Anno 2005	Anno 2004
ASL 1 Massa Carrara	23.467	96	49	10.394	44,6	31,8	37,7
ASL 2 Lucca	17.735	0	0	6.365	35,9	36,7	40,7
ASL 3 Pistoia	23.602	843	1.105	8.94	41,3	46,3	53,1
ASL 4 Prato	21.029	337	1.729	12.173	64,2	51,7	50,9
ASL 5 Pisa	19.92	744	1.343	9.952	55,8	55,4	51,6
ASL 6 Livorno	31.208	817	386	12.561	41,9	39,9	31,6
ASL 7 Siena	23.777	203	25	10.131	43,0	41,6	39,5
ASL 8 Arezzo	26.459	898	3.258	11.17	50,1	51,8	50,9
ASL 9 Grosseto	19.162	548	1.632	9.178	54,0	43,6	24,2
ASL 10 Firenze	67.901	1.395	3.116	35.561	56,1	55,5	48,5
ASL 11 Empoli	16.24	302	97	9.305	58,7	51,3	45,5
ASL 12 Viareggio	12.802	759	23	6.373	53,0	46,1	41,4
Regione Toscana	303.302	6.942	12.763	142.103	50,1%	47,1%	44,4%

Fig. 17 Trend adesione screening cervice uterina, 2005-2006

Definizione:	Percentuale di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate
Numeratore:	N. donne che hanno partecipato allo screening
Denominatore:	N. donne invitate allo screening della cervice uterina
Formula matematica:	$\frac{\text{N. donne che hanno partecipato allo screening} \times 100}{\text{N. donne invitate allo screening della cervice uterina}}$
Note per l'elaborazione:	Nell'adesione corretta non si contano le donne escluse dopo l'invito
Fonte:	I programmi di screening della regione Toscana - Rapporto annuale CSPO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: >60%

Fig. 18 Scheda indicatore adesione screening cervice uterina

3.3 – Gli screening coloretali

Il programma di screening coloretale, rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni, non era stato attivato in tutte le aziende sanitarie e nel 2005 dovevano ancora dare avvio al servizio ancora la AUSL 1 di Massa Carrara, la AUSL 7 di Siena, la AUSL 9 di Grosseto, la AUSL 12 di Viareggio. Nel 2006 soltanto la Asul 9 di Grosseto deve attivare il servizio. Con l'attivazione dei programmi da parte di quasi tutte le aziende l'estensione è passata dal 50% del 2005 al 65% nel 2006.

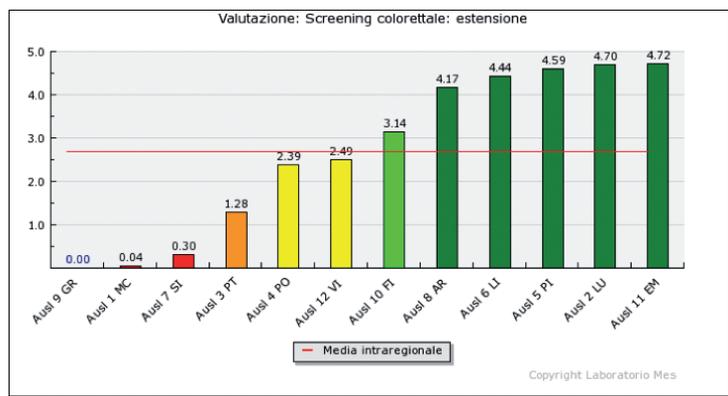


Fig. 19 Valutazione estensione screening colon-retto

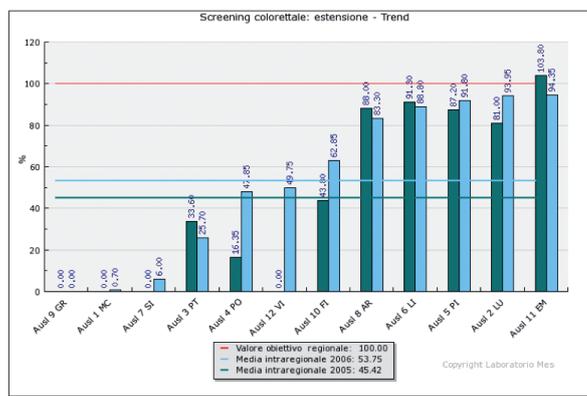


Fig. 20 Trend estensione screening colon-retto, biennio 2004-2005 / 2005-2006

Ausl	Pop. bersaglio totale 50-70 anni ^a	Pop. Bersaglio/anno	Persone escluse prima dell'invito	Pop. invitata/ anno	Estensione aggiustata ^b (%)				
					Anno 2006	Anno 2005	Anno 2004	media biennio 05-06	media biennio 04-05
ASL 1 Massa Carrara*	52.18	26.09	0	377	1.4	0	0	0.7	0
ASL 2 Lucca	57.849	28.925	0	30.915	106.9	81	76,4	93,95	81
ASL 3 Pistoia*	72.367	36.184	1.763	6.136	17,8	33,6	8,5	25,7	33,6
ASL 4 Prato	61.363	30.682	1.193	18.589	63	32,7	0	47,85	16,35
ASL 5 Pisa	87.456	43.728	19	42.126	96,4	87,2	65,6	91,8	87,2
ASL 6 Livorno	95.948	47.974	0	41.388	86,3	91,3	106,3	88,8	91,3
ASL 7 Siena	68.778	34.389	817	4.024	12	0	0	6	0
ASL 8 Arezzo	87.709	43.855	221	34.306	78,6	88	46,2	83,3	88
ASL 9 Grosseto	62.166	31.083	0	Na	0	0	0	0	0
ASL 10 Firenze	219.167	109.584	14.956	77.481	81,9	43,8	39,7	62,85	43,8
ASL 11 Empoli	57.738	28.869	0	24.522	84,9	103,8	72,6	94,35	103,8
ASL 12 Viareggio	44.93	22.465	56	22.308	99,5	0	0	49,75	0
Regione Toscana	967.651	483.828	19.025	302.172	65.00%	50.40%		39.00%	50.4%

Fig. 21 Trend estensione screening colon-retto, biennio 2004-2005 / 2005-2006

Definizione:	Percentuale di persone invitate allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50-70)
Numeratore:	N. inviti allo screening coloretale in due anni
Denominatore:	Popolazione di riferimento (50-70)
Formula matematica:	N. inviti allo screening in due anni x100 / Popolazione di riferimento (50-70)
Note per l'elaborazione:	Nell'estensione corretta non si contano le persone escluse prima dell'invito
Fonte:	I programmi di screening della regione Toscana - Rapporto annuale CSPO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: >100%

Fig. 22 Scheda indicatore estensione screening colon-retto

Alcune aziende non riescono ancora a garantire nel biennio l'invito alla metà della popolazione target. Considerando la media biennale 2005-2006 l'Ausl 11 di Empoli ottiene la best performance, con un'estensione del 94%. Ottima la performance dell'Ausl 12 Versilia che ha attivato lo screening nel 2006 garantendo un'estensione nell'anno del 99.5% e una media biennale del 47%. Nessuna Azienda riesce nel biennio a raggiungere l'obiettivo regionale del 100%.

La partecipazione media regionale al programma è stata del 48.6% per l'anno 2006, lievemente in calo rispetto simile a quella del 2005 (51.6%) e ancora lontana dall'obiettivo regionale del 70%, che non viene raggiunto da nessuna Ausl. Critica la percentuale di adesione dell'Ausl 2 di Lucca con un dato di 34%. Adesioni ancora basse anche per le Ausl che hanno attivato il servizio nel 2006.

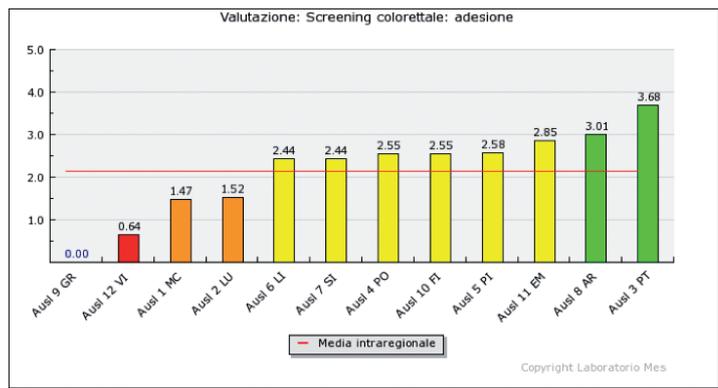


Fig. 23 Valutazione adesione screening colon-retto

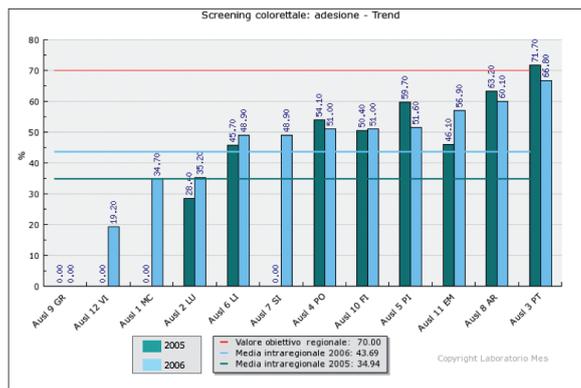


Fig. 24 trend adesione screening colon-retto, 2005-2006

Programmi	Popolazione invitata	Inviti inesitati	Persone escluse dopo l'invito	Persone Rispondenti	Adesione aggiustata^ (%)		
					Anno 2006	Anno 2005	Anno 2004
ASL 1 Massa Carrara	377	0	0	131	34,7		
ASL 2 Lucca	30.915	0	0	10.869	35,2	28,4	28,6
ASL 3 Pistoia	6.136	17	46	4.054	66,8	71,7	52,1
ASL 4 Prato	18.589	102	172	9.334	51,0	54,1	
ASL 5 Pisa	42.126	1.795	96	20.749	51,6	59,7	61,4
ASL 6 Livorno	41.388	504	70	19.961	48,9	45,7	47,4
ASL 7 Siena	4.024	31	32	1.935	48,9		
ASL 8 Arezzo	34.306	9	305	20.415	60,1	63,2	77,2
ASL 9 Grosseto	Na						
ASL 10 Firenze	77.481	1.357	328	38.681	51	50,4	53,5
ASL 11 Empoli	24.522	114	0	13.883	56,9	46,1	49,2
ASL 12 Viareggio	22.308	1.265	0	4.031	19,2		
Regione Toscana	302.172	5.194	1.049	144.043	48,7%	51,6%	52,0%

Fig. 25 Trend adesione screening colon-retto, 2005-2006

Definizione:	Percentuale di persone che hanno partecipato allo screening colorettaile rispetto alle persone invitate
Numeratore:	N. persone che hanno partecipato allo screening colorettaile
Denominatore:	N. inviti allo screening colorettaile
Formula matematica:	N. persone che hanno partecipato allo screening colorettaile x100 / N. inviti allo screening colorettaile
Note per l'elaborazione:	Nell'adesione corretta non si contano le persone escluse dopo l'invito
Fonte:	I programmi di screening della regione Toscana - Rapporto annuale CSPO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: >70%

Fig. 26 Scheda indicatore adesione screening

4. Le Donazioni di organi – B6 di B. Lupi

L'opzione trapiantologica è, ormai a tutti gli effetti, considerata terapia abituale, la cui indicazione è andata via via aumentando di interesse grazie ai buoni risultati in termini di sopravvivenza post trapianto e di miglioramento della qualità della vita; unico fattore limitante è la carenza di organi. Questa limitazione ha generato la necessità di una valutazione della qualità del processo di individuazione, donazione e prelievo di organi nell'intento di fare emergere l'effettivo potenziale di donazione delle singole strutture sanitarie e identificare i punti dell'intero processo della donazione sui quali intervenire al fine di migliorare i risultati. L'articolato processo della donazione di organi prevede una serie di fasi, delle quali sicuramente l'individuazione dei potenziali donatori in morte encefalica, a cura delle rianimazioni, è il passaggio cruciale dell'intera procedura (Bozzi G. et al., 2003).

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

Descrizione	Media regionale	Anno indicatore
B6 - Donazioni di organi	3.03	2007
B6 Donazioni di organi		
↳ B6.1 Percentuale di individuazione dei potenziali donatori di organi		
↳ B6.2 Percentuale di donatori effettivi di organi		

Fig.1 Struttura albero, Donazioni di organi

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

Per la corretta interpretazione dei risultati è necessario conoscere le caratteristiche delle strutture ospedaliere che si considerano, pertanto non si può prescindere da alcuni aspetti fondamentali:

- il tipo di ospedale: il numero di posti letto generali e di terapia intensiva, il numero di ricoveri annui e la presenza o meno di reparti specialistici con particolare riferimento alla neurochirurgia;
- la casistica: alcuni ospedali possono essere centro di riferimento per determinate patologie, che possono evolvere verso la morte encefalica, e disporre di mezzi tecnologici per trattarle;
- la tipologia delle rianimazioni e/o Unità di Terapia Intensiva: la potenzialità generatrice delle morti encefaliche di una UTI di neurochirurgia o di politraumatologia, è superiore, di circa 4 volte, a quella di un reparto di terapia intensiva di altro tipo (Bozzi G. et al., 2003).

4.1 - La Percentuale di individuazione dei potenziali donatori di organi

La capacità di individuazione dei potenziali donatori di organi è valutata tramite la percentuale di morti encefaliche individuate: si tratta di un indicatore ad elevata specificità, in quanto il rapporto considera solo i decessi in UTI che possono esitare in morti encefaliche e misura, pertanto, il potenziale di generazione di donatori di organi.

Le Aziende presentano valori disomogenei per la percentuale delle morti encefaliche e l'obiettivo regionale del 50% viene raggiunto da 9 Aziende su 16. Bisogna comunque tenere presente che il numero dei casi su cui viene calcolato l'indicatore è molto ridotto, pertanto la percentuale può variare anche notevolmente per una stessa azienda da un anno all'altro. A livello regionale l'indicatore presenta valori in lieve diminuzione. Fra il 2006 e il 2007 la media regionale varia di un punto percentuale dal 49,3 al 48,1%.

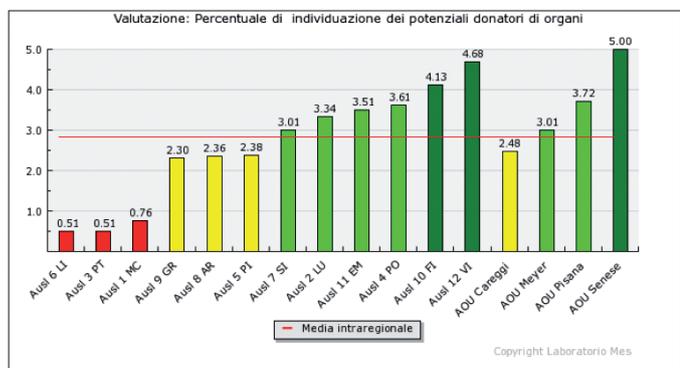


Fig. 2 Valutazione Percentuale di individuazione dei potenziali donatori di organi, anno 2007

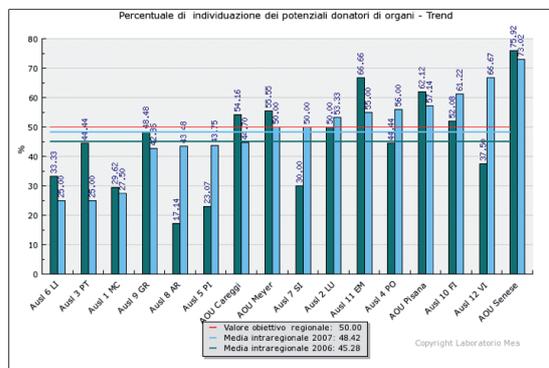


Fig. 3 Trend Percentuale di individuazione dei potenziali donatori di organi, 2006-2007

Azienda di erogazione	Anno 2006			Anno 2007		
	% morti encefaliche individuate	N. morti encefaliche	N. decessi con lesioni cerebrali	% morti encefaliche individuate	N. morti encefaliche	N. decessi con lesioni cerebrali
AUSL 1 MC	29,63%	8	27	27,50%	11	40
AUSL 2 LU	50,00%	11	22	53,33%	8	15
AUSL 3 PT	44,44%	12	27	25,00%	6	24
AUSL 4 PO	44,44%	8	18	56,00%	14	25
AUSL 5 PI	23,08%	3	13	43,75%	7	16
AUSL 6 LI	33,33%	17	51	25,00%	14	56
AUSL 7 SI	30,00%	3	10	50,00%	3	6
AUSL 8 AR	17,14%	6	35	43,48%	10	23
AUSL 9 GR	48,48%	16	33	42,86%	15	35
AUSL 10 FI	52,08%	25	48	61,22%	30	49
AUSL 11 EM	66,67%	18	27	55,00%	11	20
AUSL 12 VI	37,50%	6	16	66,67%	6	9
AOU PISANA	62,12%	41	66	57,14%	44	77
AOU SENESE	75,93%	41	54	73,02%	46	63
AOU CAREGGI	54,17%	62	96	44,70%	59	132
AOU MEYER	55,56%	5	9	50,00%	2	4
Regione	49,28%	272	552	48,15%	286	594

Fig. 4 Trend Percentuale di individuazione dei potenziali donatori di organi, 2006-2007

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

Fig. 5 Scheda indicatore Percentuale di individuazione dei potenziali donatori di organi

4.2 - Percentuale di Donatori Effettivi di Organi

La percentuale di donatori effettivi di organi considera il risultato dell'intero processo di donazione, misurandone in forma aggregata tutte le fasi: la segnalazione della morte encefalica, il mantenimento, l'accertamento della morte, il colloquio con i familiari, vari fattori locali e organizzativi e infine il prelievo. L'indicatore si ottiene dal rapporto fra donatori effettivi e morti encefaliche.

L'indicatore presenta una notevole variabilità fra le Aziende con valori che vanno da un minimo di 28,6% di Pisa a un massimo di 83,3% di Viareggio; come nel caso del precedente indicatore, la scarsa numerosità della casistica può accentuare la disomogeneità dei dati, è pertanto possibile, come si evidenzia dal grafico del trend 2006-2007, che i valori varino anche considerevolmente da un anno all'altro. A livello regionale si registra un calo nella percentuale dei donatori effettivi dal 54,4 del 2006 al 51% del 2007.

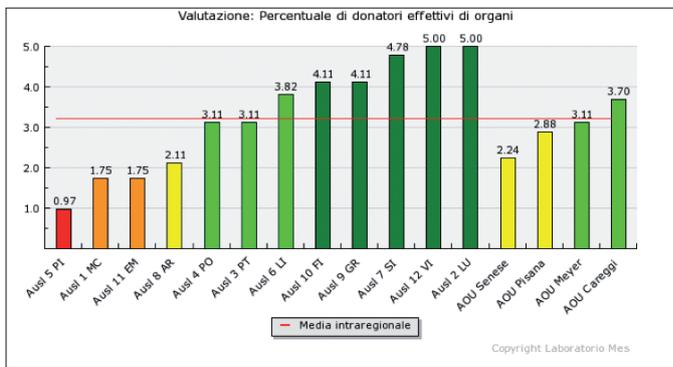


Fig.6 Valutazione Percentuale di donatori effettivi di organi, anno 2007

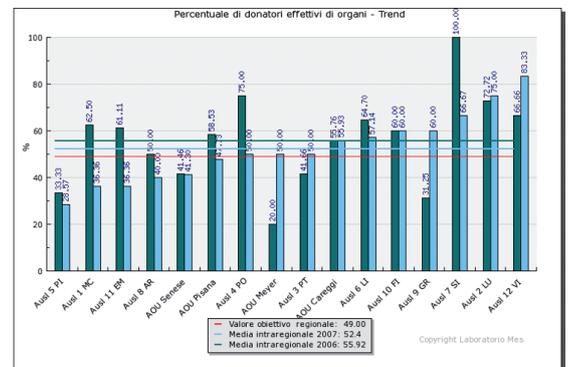


Fig.7 Trend Percentuale di donatori effettivi di organi, 2006-2007

Azienda di erogazione	Anno 2006			Anno 2007		
	% di Donatori Effettivi	N. di Donatori Effettivi	N. di Morti Encefaliche	% di Donatori Effettivi	N. di Donatori Effettivi	N. di Morti Encefaliche
AUSL 1 MC	62,50%	5	8	36,36%	4	11
AUSL 2 LU	72,73%	8	11	75,00%	6	8
AUSL 3 PT	41,67%	5	12	50,00%	3	6
AUSL 4 PO	75,00%	6	8	50,00%	7	14
AUSL 5 PI	33,33%	1	3	28,57%	2	7
AUSL 6 LI	64,71%	11	17	57,14%	8	14
AUSL 7 SI	100,00%	3	3	66,67%	2	3
AUSL 8 AR	50,00%	3	6	40,00%	4	10
AUSL 9 GR	31,25%	5	16	60,00%	9	15
AUSL 10 FI	60,00%	15	25	60,00%	18	30
AUSL 11 EM	61,11%	11	18	36,36%	4	11
AUSL 12 VI	66,67%	4	6	83,33%	5	6
AOU PISANA	58,54%	24	41	47,73%	21	44
AOU SENESE	41,46%	17	41	41,30%	19	46
AOU CAREGGI	55,77%	29	52	55,93%	33	59
AOU MEYER	20,00%	1	5	50,00%	1	2
Regione	54,41%	148	272	51,05%	146	286

Fig.8 Trend Percentuale di donatori effettivi di organi, 2006-2007

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

Fig.9 Scheda indicatore, Percentuale di donatori effettivi di organi

5. La Copertura vaccinale – B7 di S. Barsanti

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

L'indicatore, quindi, risulta così composto.

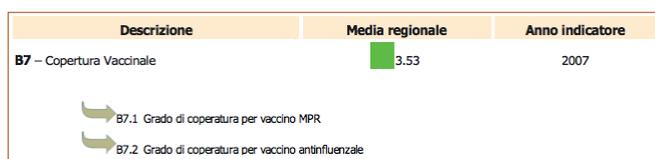


Fig. 1 L'albero di valutazione della copertura vaccinale.

A livello regionale la valutazione della copertura vaccinale è buona, con un punteggio medio di 3.3.

5.1 – Il vaccino per MPR

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

Per l'anno 2007 la media regionale di copertura di tale vaccino è stata del 92.71%, in miglioramento rispetto al 2006 in cui si registrava una copertura del 89.24%.

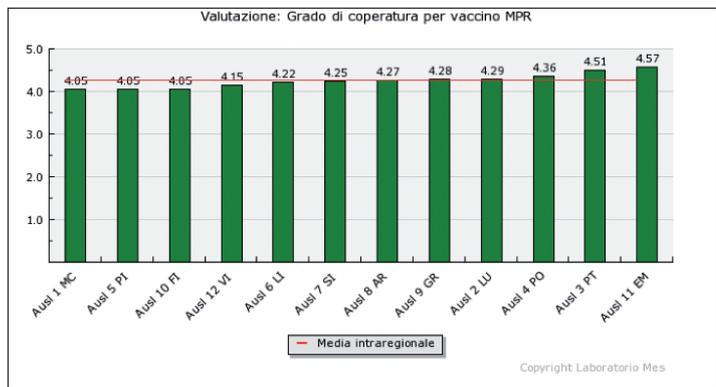


Fig. 2 Valutazione della copertura vaccino MPR, 2007

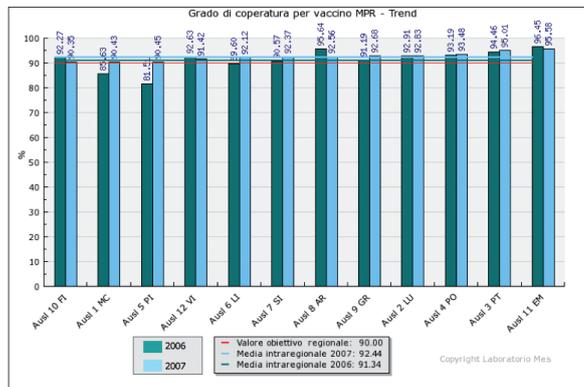


Fig. 3 Trend della copertura vaccino MPR, 2006-2007

Tutte le Aziende Sanitarie raggiungono l'obiettivo del 90% di copertura, con ottime performance della Azienda 11 di Empoli e 3 di Pistoia che raggiungono una copertura maggiore del 95%.

Definizione:	Copertura per vaccino MPR sulla popolazione bersaglio
Numeratore:	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR
Denominatore:	N. bambini vaccinabili (coorte 2005)
Formula matematica:	$\frac{\text{Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR}}{\text{N. bambini vaccinabili}}$
Fonte:	Settore Igiene Pubblica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: >90%

Fig. 4 Trend copertura vaccino MPR, 2006-2007

Azienda di residenza	2006		2007	
	Grado di copertura per vaccino MPR	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR	Grado di copertura per vaccino MPR	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR
AUSL 1 MC	88.62%	1394	90.43%	1502
AUSL 2 LU	91.36%	1681	92.83%	1775
AUSL 3 PT	94.60%	2295	95.01%	2400
AUSL 4 PO	89.27%	1981	93.48%	2366
AUSL 5 PI	73.33%	2002	90.45%	2282
AUSL 6 LI	89.94%	2415	92.12%	2583
AUSL 7 SI	89.61%	1932	92.37%	2057
AUSL 8 AR	93.72%	2597	92.56%	2750
AUSL 9 GR	92.69%	1382	92.68%	1558
AUSL 10 FI	87.72%	6243	90.35%	6564
AUSL 11 EM	96.27%	1962	95.58%	2165
AUSL 12 VI	92.03%	1178	91.42%	1257
Regione	89.24%	27062	92.18%	29,259

Fig. 5 Scheda indicatore, copertura vaccino MPR

5.2 – Il vaccino antinfluenzale

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

L'obiettivo regionale è fissato al 75% di copertura per la popolazione target. La media regionale di copertura per vaccino antinfluenzale per il 2007 è stata del 68.54%, che migliora sensibilmente rispetto al dato del 2006 che era del 67.64%.

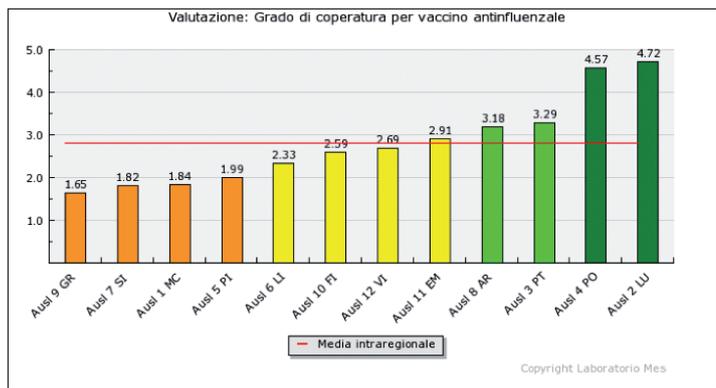


Fig. 6 Valutazione copertura vaccino antinfluenzale, anno 2007

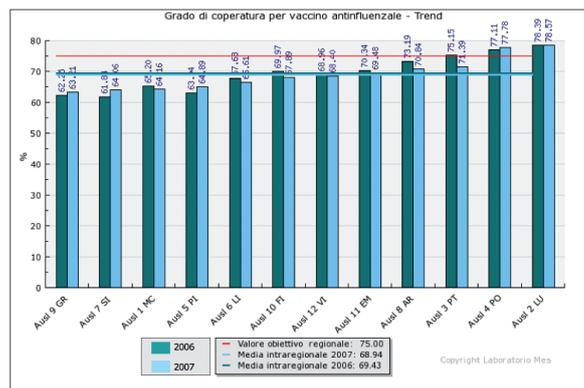


Fig. 7 Trend copertura vaccino antinfluenzale, 2006-2007

La situazione regionale risulta assai eterogenea: soltanto 2 aziende sanitarie riescono a raggiungere una copertura maggiore del 75%, ovvero l' Ausl 2 di Lucca con il 78,57% di copertura e l'Ausl 4 di Prato con il 77,78%; le AUSL di Siena, di Massa Carrara, di Grosseto e di Pisa mostrano, invece, percentuali di copertura inferiori al 65%.

Azienda di residenza	2006			2007		
	Grado di copertura per vaccino antinfluenzale	Vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o superiore a 65 anni	Popolazione di età pari o superiore a 65 anni (FONTE ISTAT, 31/12/2002)	Grado di copertura per vaccino antinfluenzale	Vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o superiore a 65 anni	Popolazione di età pari o superiore a 65 anni (FONTE ISTAT, 31/12/2004)
AUSL 1 MC	67.12%	31,786	47,357	64.16%	31,230	48,677
AUSL 2 LU	78.32%	38,859	49,613	78.57%	39,949	50,843
AUSL 3 PT	75.06%	46,392	61,806	71.39%	45,427	63,632
AUSL 4 PO	78.31%	36,500	46,609	77.78%	37,759	48,549
AUSL 5 PI	61.09%	44,445	72,758	64.89%	48,151	74,203
AUSL 6 LI	67.51%	54,272	80,397	66.61%	55,683	83,591
AUSL 7 SI	62.35%	40,750	65,354	64.06%	42,359	66,123
AUSL 8 AR	71.16%	53,964	75,840	70.84%	54,579	77,049
AUSL 9 GR	63.57%	34,410	54,128	63.21%	34,823	55,087
AUSL 10 FI	63.61%	120,253	189,037	67.89%	130,939	192,863
AUSL 11 BM	69.95%	34,563	49,409	69.48%	35,165	50,614
AUSL 12 VI	66.79%	24,494	36,674	68.40%	25,927	37,905
Regione	67.64%	560688	828982	68.54%	581,991	849,136

Fig. 8 Trend copertura vaccino antinfluenzale, 2007

Definizione:	Copertura per vaccino antinfluenzale sulla popolazione bersaglio stagione 2007-2008
Numeratore:	Vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o superiore a 65 anni
Denominatore:	Popolazione di età pari o superiore a 65 anni Fonte ISTAT al 31/12/2006
Formula matematica:	$\frac{\text{Vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o superiore a 65 anni}}{\text{Popolazione di età pari o superiore a 65 anni}}$
Fonte:	Settore Igiene Pubblica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: >75%

Fig. 9 Scheda indicatore, copertura vaccino antinfluenzale, 2007

6. La Tempestività di trasmissione dei dati aziendali al Sistema Informativo Regionale – B8 di S. Barsanti

Il Sistema Sanitario Toscano anche nel nuovo Piano Sanitario Regionale 2008-2010 conferma il processo di implementazione ed evoluzione del Sistema Informativo Sanitario, con l'obiettivo cardine di sviluppare una "cultura dell'informazione e del dato", come supporto alle decisioni sia in termini di programmazione ed organizzazione del sistema, sia in termini di processi clinici ed assistenziali. In particolare, il nuovo Piano indica come obiettivo generale per il Sistema Informativo per la Salute della Toscana (SIS-T) nel prossimo triennio il passaggio da una rete informativa prevalentemente 'interna' alla struttura organizzativa e professionale del Servizio Sanitario della Toscana e dei soggetti ad esso correlati ad un sistema di conoscenza e servizi condivisi, aggiornati, qualificati ed efficaci operativo tra tutti i soggetti coinvolti nel sistema per la salute della Toscana.

Relativamente ai flussi informativi regionali, il sistema si è orientato inizialmente sulla tempestività di invio dei dati contenuti nei principali flussi informativi. Passo successivo sarà quello di valutare anche la qualità delle stesse informazioni tramite indici specifici.

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

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

I flussi informativi considerati per il calcolo sono:

Certificati di Assistenza al Parto;
 Aborti Spontanei;
 Interruzioni volontarie di Gravidanza;
 Farmaci Erogati Direttamente;
 Prestazioni Ambulatoriali;
 Prestazioni di Assistenza Protesica;

Prestazioni Farmaceutiche;
 Prestazioni Termali;
 Prestazioni di Riabilitazione;
 Trasporti con Elisoccorso;
 Contenuti e tracciati delle Prestazioni di Ricovero.

Visti i problemi determinati dal flusso SPA nell'arco dell'esercizio finanziario di riferimento, il Dipartimento ha deciso di considerare, per ogni Azienda Sanitaria, il valore minore tra l' annuale complessivo dato dalla media aritmetica dei vari flussi con e senza l'indice annuale del flusso SPA (indicati in rosso nella figura 4).

Si stima inoltre che i fermi macchina del sistema NAL/NAR abbiano determinato un incremento dell'indice dei tempi di latenza pari al 15%: i valori quindi sono stati abbattuti di una percentuale pari al 15%.

Descrizione	Media regionale	Anno indicatore
B8 - Tempestività trasmissione dati al SIR	4.43	2007

Fig 1 L'albero di valutazione per la tempestività di trasmissione dei dati al SIR

L'obiettivo regionale è fissato al 40%. La valutazione regionale per tale indicatore è di 4.43; tale punteggio evidenzia un'ottima performance del sistema nel suo complesso.

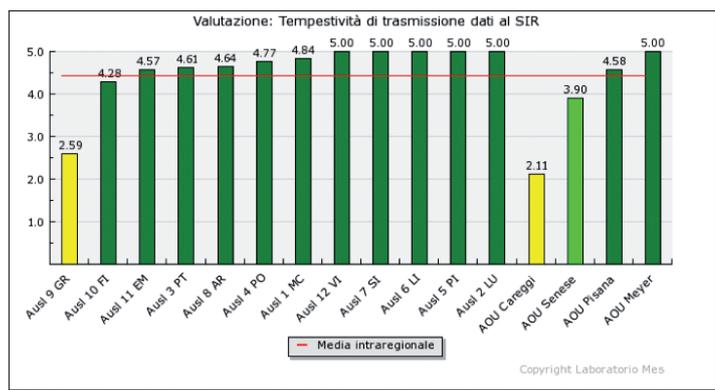


Fig 2 Valutazione tempestività di trasmissione dei dati al SIR, anno 2007

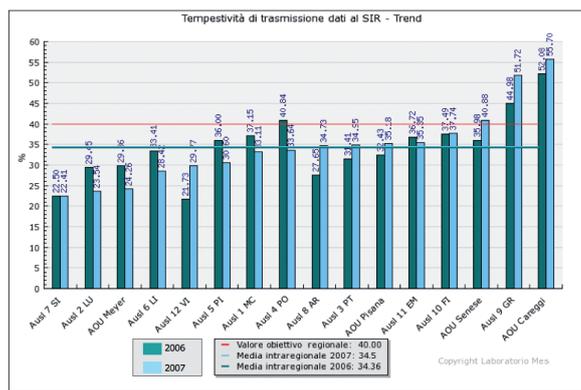


Fig 3 Trend tempestività di trasmissione dei dati al SIR, 2006-2007

Per l'anno 2007 il valore medio regionale di tempestività dei dati è stato di circa 34.50%. Quasi tutte le aziende hanno raggiunto, quindi, l'obiettivo regionale, esclusa l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, l'Ausl 9 di Grosseto entrambe con una percentuale superiore al 50% e l'Azienda Ospedaliero Universitaria Senese con una percentuale di 40.88, di poco superiore all'obiettivo.

Rispetto ai dati del 2006, la media regionale si mantiene costante: da segnalare i miglioramenti delle Ausl 4 di Prato, Ausl 2 di Lucca e Ausl 6 di Livorno; in negativo, invece, il trend della Ausl 12 di Viareggio e della Ausl 8 di Arezzo, che comunque si mantengono dentro l'obiettivo regionale.

Azienda	Indice Annuale (con SPA) 2007	Indice Annuale (senza SPA)	Indice Annuale 2007-15%
Az. USL 1 di Massa Carrara	38,96%	39,05%	33,11%
Az. USL 2 di Lucca	29,15%	27,69%	23,54%
Az. USL 3 di Pistoia	41,63%	41,12%	34,95%
Az. USL 4 di Prato	39,57%	42,24%	33,64%
Az. USL 5 di Pisa	36,00%	36,97%	30,60%
Az. USL 6 di Livorno	34,34%	33,43%	28,42%
Az. USL 7 di Siena	26,66%	26,36%	22,41%
Az. USL 8 di Arezzo	41,01%	40,86%	34,73%
Az. USL 9 di Grosseto	62,17%	60,84%	51,72%
Az. USL 10 di Firenze	46,16%	44,41%	37,74%
Az. USL 11 di Empoli	43,07%	41,58%	35,35%
Az. USL 12 di Viareggio	35,03%	36,08%	29,77%
A.O. Careggi	65,53%	67,02%	55,70%
A.O. Meyer	28,54%	29,83%	24,26%
A.O. Pisana	43,53%	41,39%	35,18%
A.O. Senese	50,03%	48,09%	40,88%
Media Regionale	39,48%	39,22%	33,00%

Fig 4 Tabella tempestività di trasmissione dei dati al SIR, anno 2007

Definizione:	Indice di Latenza annuale aziendale
Formula matematica:	Indice di latenza mensile di flusso: n . medio gg. di latenza/ n . max gg. i latenza Indice di latenza mensile aziendale: media aritmetica indice latenza mensile di ogni flusso . Indice di latenza annuale: media aritmetica dei 12 indici di latenza mensile L'Indice di latenza varia tra 0, se i dati sono inviati lo stesso giorno in cui accade l'evento e 100, se i dati sono inviati l'ultimo giorno disponibili.
Note per l'elaborazione:	Flussi regionali considerati per il calcolo: Certificato Assistenza al parto; Aborti Spontanei; Interruzioni volontarie di gravidanza; Farmaci erogati direttamente; Prestazioni ambulatoriali; Prestazioni di assistenza protesica; Prestazioni farmaceutiche; Prestazioni termali; Prestazioni di riabilitazione; Trasporti con elisoccorso; Contenuti tracciati delle prestazioni di ricovero.
Fonte:	Sistema Informativo Regionale
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: <40%
Significato:	Esprime la tempestività con cui l'azienda sanitaria invia i dati dei vari tracciati al sistema informativo regionale. Tanto è minore il valore dell'indicatore, tanto più significa che l'azienda invia tempestivamente i dati relativi ai flussi D.O.C. al Sistema Informativo Regionale.

Fig 5 Scheda indicatore, tempestività di trasmissione dei dati al SIR, anno 2007

7. L'Equità ed accesso ai servizi sanitari – B9 di S. Barsanti

Il Nuovo Piano Sanitario Regionale 2008-2010 identifica l'uguaglianza come il primo dei valori fondanti il sistema: rispetto ai Piani precedenti questo si concentra specificatamente sull'equità di accesso e di utilizzo dei servizi non solo come principio centrale ma come un pilastro per la programmazione dell'offerta. L'equità deve essere declinata sistematicamente su nuove e vecchie criticità ed essere in grado di rispondere anche alle differenze di tipo socio-economico, ma anche di genere, di religione ed in generale di appartenenza.

Secondo il Piano Sanitario 2008-2010 ripensare l'accesso ai servizi sanitari in un'ottica di equità dovrà tener necessariamente conto, infatti, non solo delle dinamiche demografiche ed epidemiologiche, ma anche di quelle sociali ed economiche della nostra Regione. L'equità nei servizi sanitari comprende due diverse dimensioni: una dimensione orizzontale, in cui si prevede che la probabilità di accedere ai servizi e alle cure sia la stessa per tutti gli utenti che abbiano uguali bisogni di salute ed una dimensione verticale in cui, a seconda dei bisogni di salute e sociali degli utenti, sono assicurati servizi differenziali.

La dimensione orizzontale implica il diritto di tutti ad accedere ai servizi disponibili, l'equa distribuzione per tutto il paese in base ai bisogni di assistenza sanitaria, la facilità di accesso in tutte le aree geografiche e la rimozione delle altre barriere all'accesso. Esempi di iniquità di accesso in questa direzione possono verificarsi quando le persone sono allontanate o impossibilitate ad usufruire dei servizi a causa di caratteristiche socio-economiche, come il reddito, l'età, la religione, l'istruzione o altri fattori non direttamente collegati al bisogno di assistenza sanitaria.

Il sistema sanitario toscano risponde alla sfida di una sanità equa tramite lo sviluppo di una strategia organizzativa basata sulla sanità di iniziativa: il nuovo approccio organizzativo assume il bisogno di salute prima che insorga la malattia, prevedendo ed organizzando risposte assistenziali adeguate. Particolare attenzione meritano le fasce di popolazione più fragili non solo in termini clinici, ma anche in termini economici, sociali e culturali che spesso accedono ai servizi con minor intensità, tempestività ed appropriatezza.

L'indicatore B9 costruito all'interno del sistema di valutazione, infatti, ha lo scopo di evidenziare, eventuali disuguaglianze nell'erogazione dei servizi, con particolare attenzione alla fase di accesso, secondo le caratteristiche socio-economiche degli utenti dei servizi. Data la mancanza fino ad oggi nei principali flussi informativi regionali di informazioni riguardanti il livello socioeconomico dei pazienti, l'indicatore è stato sviluppato a partire dai risultati di alcune indagini telefoniche di soddisfazione dell'utenza, condotte nel 2005/2006 dal Laboratorio MeS e Regione Toscana, su un campione statisticamente rappresentativo a livello aziendale e regionale⁶.

All'interno del questionario, completamente anonimo, è stata rilevato il titolo di studio di ciascun paziente che ha partecipato all'indagine: il titolo di studio costituisce sia una buona proxy del livello socio-economico di un individuo per analisi di accesso ai servizi sanitari (Costa, 1994), sia un fattore discriminante per l'accesso alle informazioni ed ai servizi stessi.

Le indagini relative alla soddisfazione ed esperienza dell'utenza nel 2007 hanno riguardato i seguenti punti di accesso al sistema: il percorso materno infantile (Indagine di soddisfazione ed esperienza delle utenti nel percorso nascita – La-

⁶ Per ulteriori dettagli sulle modalità delle indagini si veda il capitolo dedicato alla valutazione esterna.

boratorio MeS Regione Toscana-), il pronto soccorso (Indagine di soddisfazione ed esperienza degli utenti nel percorso emergenza urgenza –Laboratorio MeS Regione Toscana), i servizi territoriali (Indagine di soddisfazione ed esperienza degli utenti nei servizi territoriali, Laboratorio MeS-Regione Toscana).

La valutazione dell'equità ed accesso per l'anno 2007 si concentra esclusivamente sul percorso materno infantile, considerando in particolar modo l'accesso al corso di preparazione alla nascita come un possibile indicatore dell'operato dei servizi di consultorio.

In particolare il corso di preparazione alla nascita è analizzato e valutato sia secondo una logica di accesso, indipendentemente dal titolo di studio del paziente, sia secondo una logica di equità, ovvero considerando la distribuzione del titolo di studio dei pazienti ai fini della valutazione della performance. La seguente figura mostra l'albero di valutazione dell'indicatore per l'anno 2007.

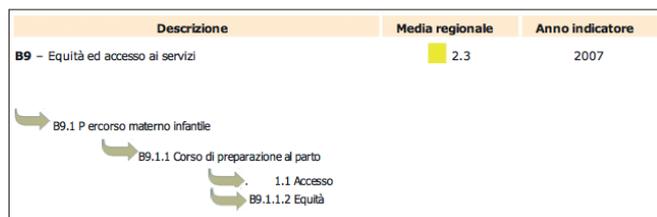


Fig. 1 L'albero di valutazione dell'Equità ed Accesso

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

Tra i percorsi assistenziali che devono garantire un'offerta ed una organizzazione basata su una sanità di iniziativa è compreso il percorso materno infantile. Il consultorio è certamente un servizio a cui dedicare una particolare attenzione secondo logiche di equità di accesso, non solo per le donne italiane, ma anche per le migranti. L'indicatore sviluppato si concentra sull'accesso al corso di preparazione alla nascita offerto nelle Ausl di residenza delle intervistate.

È ormai sostenuto dalla maggior parte dei medici che i corsi di preparazione alla nascita siano strumenti utili per aumentare la consapevolezza delle madri e che risultino associati ad una riduzione degli esiti negativi per la salute della madre e del bambino. I corsi di preparazione al parto ad esempio rappresentano uno dei fattori di protezione rispetto alla possibilità di avere un taglio cesareo, in parte perché le donne che li seguono sono già un gruppo selezionato caratterizzato da un maggiore orientamento alla demedicalizzazione, ma anche perché accrescono la capacità delle donne di partecipare alle decisioni da prendere al momento del parto (Istat, 2005).

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

Il grafico seguente mostrala valutazione per ciascuna azienda del corso di preparazione al parto, tendo in considerazione sia il livello di accesso, sia l'equità nell'accesso. Ottima la performance generale della Ausl 11 di Empoli.

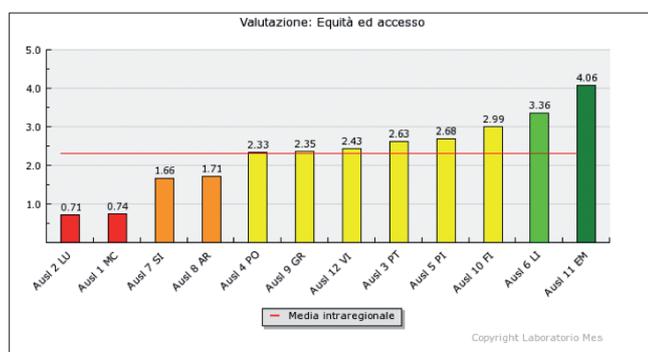


Fig. 2 La valutazione dell'Equità ed Accesso, anno 2007

Secondo l'ultima indagine ISTAT multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", la quota di donne che ha frequentato un corso per l'ultima gravidanza è pari al 30,9% e sale al 45,5% se si considerano anche le donne che hanno partecipato ad un corso di preparazione al parto per una precedente gravidanza. I dati sono stabili se confrontati con il 1999-2000 (rispettivamente 29,7% e 45,3%).

Il dato regionale toscano appare nettamente migliore rispetto alla media nazionale: nel 2007, infatti, circa 54,9% delle madri toscane secondo l'indagine regionale ha frequentato il corso di preparazione alla nascita. Tale dato appare in lieve miglioramento rispetto al dato della precedente indagine. Da sottolineare però che i dati delle AUSL in cui insistono nello stesso territorio le AOU non sono confrontabili. La percentuale di frequenza al corso per la AUSL 11 di Empoli, Ausl 4 di Prato e Ausl 6 di Livorno sono superiore al 60%; ancora scarsa invece la frequenza al corso per le aziende Ausl 1 di Massa e Ausl 2 di Lucca.

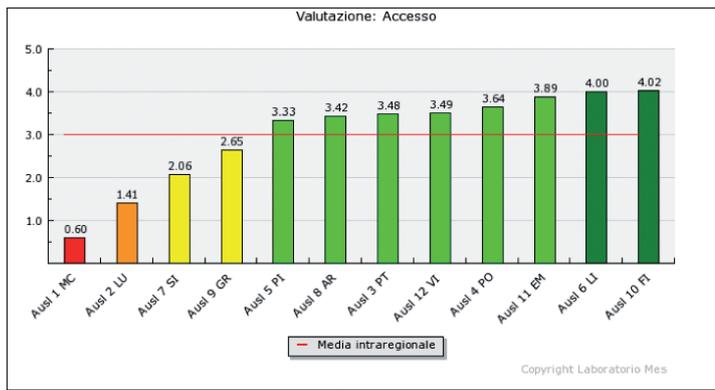


Fig. 3 La valutazione di accesso al corso di preparazione al parto, anno 2007

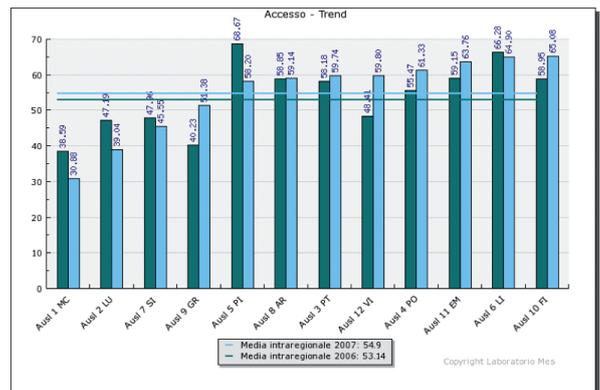


Fig. 4 Trend sulla frequenza al corso di preparazione al parto, 2005-2007

In Italia nei corsi di preparazione al parto i comportamenti sono influenzati dal livello di istruzione: i corsi sono più frequentati dalle donne laureate (65,6%), meno dalle diplomate (53%), ancora meno da chi ha la licenza media (34,2%) e solo da una piccola quota dalle donne che non hanno conseguito alcun titolo di studio o la sola licenza elementare (20,2%).

Se l'accesso al corso in Toscana è migliore rispetto alla media nazionale, la probabilità di accedere al corso, invece, anche in questa regione è certamente influenzata dal livello di istruzione della madre: nessuna madre intervistata con livelli di istruzione più bassi ha frequenta il corso, tale percentuale sale al 70% per le madri laureate.

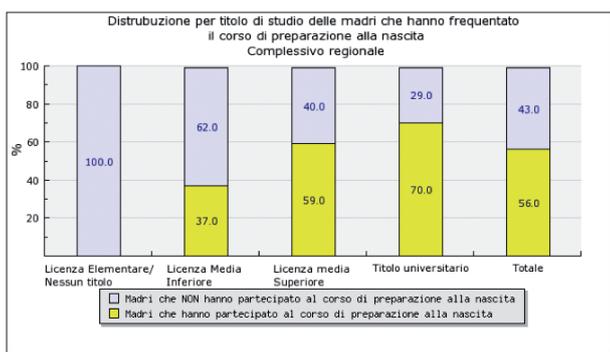


Fig. 5 Distribuzione regionale di accesso al corso secondo titoli di studio delle madri, anno 2007

	titolo di studio				Totale
	nessuno / e elementare	diploma media inferiore	diploma superiore	laurea	
N. madri che hanno partecipato	0	179	637	345	1161
% madri che hanno partecipato	0	37.61	59.2	70.55	56.44
N. madri non ha partecipato	16	297	439	144	896
% madri che non hanno partecipato	100	62.39	40.8	29.45	43.56
Totale n.	16	476	1076	489	2057
Totale %	0.78	23.14	52.31	23.77	100

Fig. 6 Distribuzione regionale di accesso al corso secondo titoli di studio delle madri, anno 2007

Si può ipotizzare, quindi, che il servizio (corso di preparazione alla nascita) non sia erogato equamente tra le madri. È probabile inoltre che le stesse madri che hanno risposto di possedere o la licenza elementare o nessun titolo di studio siano in parte madri straniere: ciò evidenzerebbe un problema non solo per livello di istruzione, ma anche una diseguità per nazionalità differenti.

Le aziende toscane sono state valutate in base alla differenza percentuale di accesso al corso tra la percentuale massima e quella minima di accesso per madri con titolo di studio differente. Il grafico seguente mostra tali differenze per ogni azienda: l'Ausl 11 di Empoli mostra un livello minimo di differenza tra madri con istruzione differente, mentre per la Ausl 2 di Lucca e la Ausl 8 di Arezzo la differenza supera il 50%.

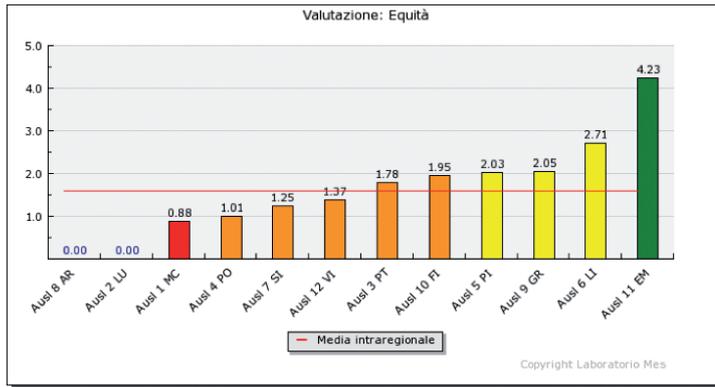


Fig. 7 Valutazione di accesso al corso di preparazione al parto: differenze percentuali secondo titoli di studio, anno 2007

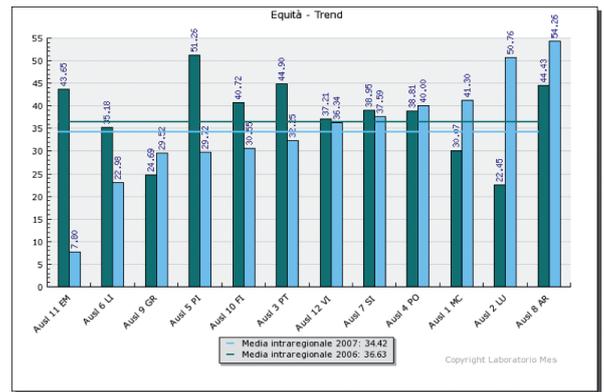


Fig. 8 Trend di accesso al corso di preparazione al parto: differenze percentuali secondo titoli di studio, anno 2007

Definizione:	Frequenza corso di preparazione al parto
Numeratore:	Numero di utenti che hanno dichiarato di aver/non aver partecipato al corso di preparazione al parto per titolo di studio, escluse le madri che non hanno risposto di non aver partecipato al corso perché già frequentato in edizioni precedenti
Denominatore:	Numero di utenti che hanno partecipato all' "intervista"
Formula matematica:	$\frac{\text{Numero di utenti che hanno dichiarato di aver/non aver partecipato al corso di preparazione al parto per titolo di studio, escluse le madri che non hanno risposto di non aver partecipato al corso perché già frequentato in edizioni precedenti}}{\text{Numero di utenti che hanno partecipato all' "intervista per titolo di studio}} \times 100$
Quesiti:	"Ha partecipato ad un corso di preparazione al parto? "
Titolo di studio:	1. Nessun titolo o licenza elementare; 2. Licenza media inferiore e; 3. Licenza media superiore; 4. Titolo universitario. (dichiarato nell' "intervista")
Fonte:	Indagine telefonica "La soddisfazione delle utenti nel percorso materno infantile" Anno 2004 - 2005

Fig. 9 Scheda indicatore accesso al corso secondo titoli di studio delle madri

8. La Complessità della casistica – B11 di V. Camerini

Le Aziende Ospedaliero-Universitarie nel Sistema Sanitario Regionale svolgono il ruolo di strutture di riferimento di terzo livello con l'obiettivo di fornire assistenza ai cittadini toscani affetti da patologie di rilevante complessità. Per valutare tale capacità, può essere misurata la complessità della casistica (*case-mix*) trattata da ciascuna Azienda Ospedaliero-Universitaria, utilizzando il sistema di classificazione dei Drg. Tale sistema, infatti, classifica i dimessi degli ospedali in gruppi di isorisorse (Drg) che contengono dei pazienti sufficientemente omogenei per complessità dell'assistenza ricevuta e per ammontare di risorse consumate. A ogni Drg è associato un peso che esprime il grado di complessità relativo, sia in termini di costi che di impegno clinico, a ciascuna classe di pazienti. La remunerazione corrisposta per ogni Drg è direttamente proporzionale al peso. Vengono considerati ad alta complessità i Drg con peso superiore a 2,5.

Come mostra la figura seguente, l'albero della complessità della casistica, in cui vengono considerati soltanto i ricoveri ordinari, suddivide i Drg medici da quelli chirurgici e, per questi ultimi, considera la percentuale di Drg ad alta complessità ed il peso medio. Gli indicatori presenti in tale albero non sono oggetto di valutazione, ma di osservazione. I dati provengono dal flusso regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera.

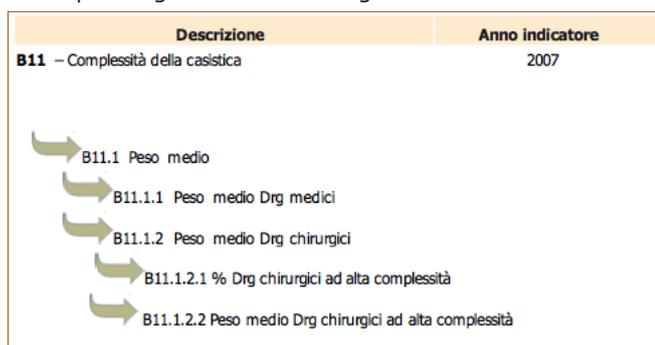


Fig. 1 L'albero dell'indicatore di complessità della casistica

8.1 – Il Peso medio Drg

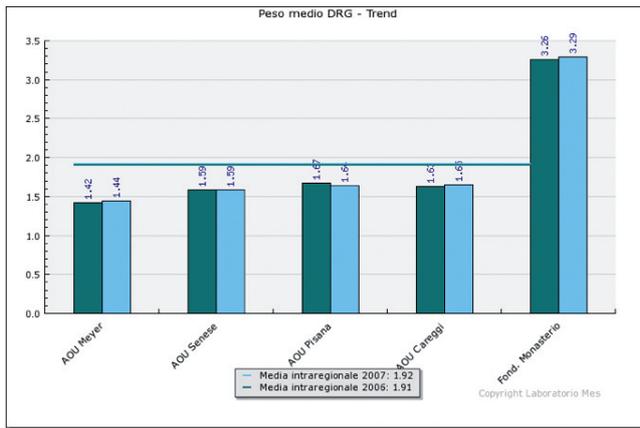


Fig. 2 Trend del peso medio Drg, 2006-2007

Definizione:	Peso medio del Drg
Numeratore:	Somma dei pesi dei Drg
Denominatore:	Numero di dimessi
Formula matematica:	$\frac{\text{Somma dei pesi dei Drg}}{\text{Numero di dimessi}}$
Note per l'elaborazione:	Si considerano esclusivamente i ricoveri ordinari
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media delle Aziende Ospedaliero -Universitarie
Significato:	Il peso del Drg associato ad ogni ricoveri rispecchia la complessità della casistica, vale a dire il grado di impegno relativo, sia in termini di costi che di impegno clinico, di ciascun Drg rispetto al costo medio standard per ricovero

Fig. 3 Scheda indicatore, Peso medio Drg

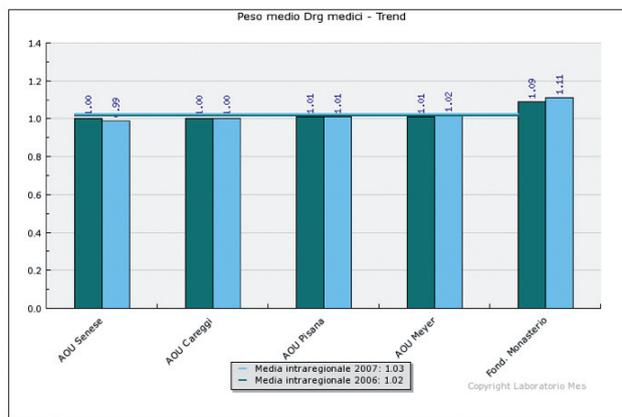


Fig. 4 Trend del peso medio Drg medici, 2006-2007

Definizione:	Peso medio del Drg medici
Numeratore:	Somma dei pesi dei Drg medici
Denominatore:	Numero di dimessi con Drg medico
Formula matematica:	$\frac{\text{Somma dei pesi dei Drg medici}}{\text{Numero di dimessi con Drg medico}}$
Note per l'elaborazione:	Si considerano esclusivamente i ricoveri ordinari
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media delle Aziende Ospedaliero -Universitarie
Significato:	Il peso del Drg associato ad ogni ricoveri rispecchia la complessità della casistica, vale a dire il grado di impegno relativo, sia in termini di costi che di impegno clinico, di ciascun Drg rispetto al costo medio standard per ricovero

Fig. 5 Scheda indicatore, Peso medio Drg medici

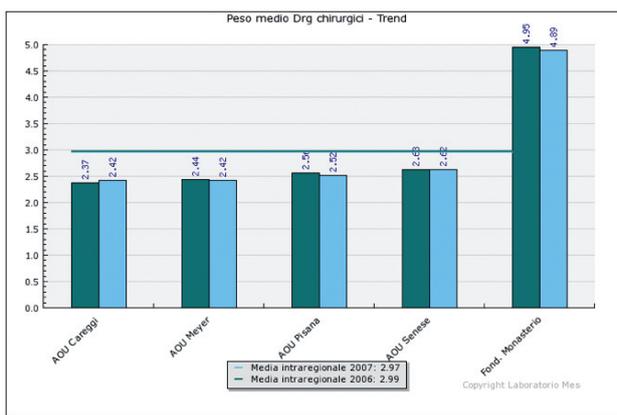


Fig. 6 Trend del peso medio Drg Chirurgici, 2006-2007

Definizione:	Peso medio del Drg chirurgici
Numeratore:	Somma dei pesi dei Drg chirurgici
Denominatore:	Numero di dimessi con Drg chirurgico
Formula matematica:	$\frac{\text{Somma dei pesi dei Drg chirurgici}}{\text{Numero di dimessi con Drg chirurgico}}$
Note per l'elaborazione:	Si considerano esclusivamente i ricoveri ordinari
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media delle Aziende Ospedaliero -Universitarie
Significato:	Il peso del Drg associato ad ogni ricoveri rispecchia la complessità della casistica, vale a dire il grado di impegno relativo, sia in termini di costi che di impegno clinico, di ciascun Drg rispetto al costo medio standard per ricovero

Fig. 7 Scheda indicatore, Peso medio Drg chirurgici

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

* Nel calcolo della media sono esclusi l'AOU Meyer e la Fondazione Monasterio

Fig. 8 Peso medio Drg, anno 2006

Anno 2007	Totale			Drg Chirurgici			Drg Medici		
	Azienda erogazione	Peso medio DRG	Somma dei pesi	N. dimissioni	Peso medio DRG C	Somma dei pesi	N. Drg C	Peso medio DRG M	Somma dei pesi
AOU PISANA	1,64	75.843	46.137	2,52	48.982	19.428	1,01	26.860	26.709
AOU SENESE	1,59	43.716	27.503	2,62	26.446	10.103	0,99	17.270	17.400
AOU CAREGGI	1,65	91.503	55.363	2,42	61.513	25.434	1,00	29.990	29.929
AOU MEYER	1,44	9.571	6.659	2,42	4.821	1.996	1,02	4.750	4.663
FOND. MONASTERIO	3,29	12.651	3.850	4,89	10.835	2.216	1,11	1.816	1.634
Media AOU*	1,63	70.354	43.001	2,52	45.647	18.322	1,00	24.707	24.679

* Nel calcolo della media sono esclusi l'AOU Meyer e la Fondazione Monasterio

Fig. 9 Peso medio Drg, anno 2007

Nel 2007, il peso medio dei Drg per i soli ricoveri ordinari rimane pressoché immutato rispetto al 2006 con un valore medio regionale pari a 1.92. Se si esclude la Fondazione Monasterio, che è una struttura altamente specializzata nei settori della cardiologia e della cardiocirurgia, non ci sono sostanziali differenze tra le quattro Aziende Opsedlaiero-Universitarie per il peso medio sia dei Drg medici, che dei Drg chirurgici.

8.2 – La Percentuale Drg chirurgici di alta e bassa complessità

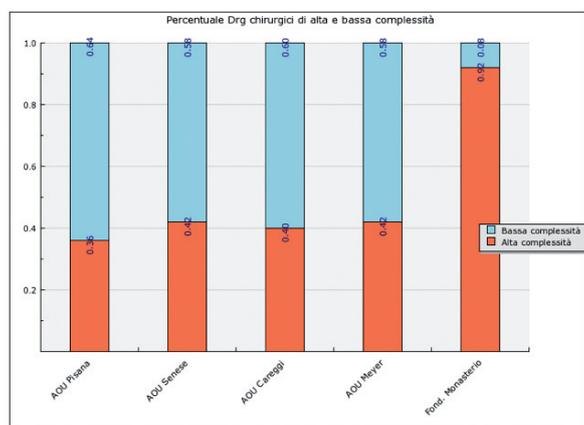


Fig. 10 Percentuale di Drg chirurgici ad alta e bassa complessità

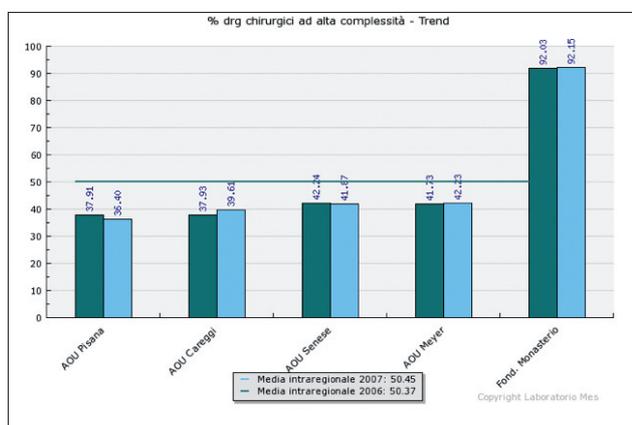


Fig. 11 Trend della percentuale di Drg chirurgici ad alta complessità, 2006-2007

2006	Alta complessità		Bassa complessità	
	% Drg C con peso DRG >= 2,5	N° Drg C con peso DRG >= 2,5	% Drg C con peso DRG < 2,5	N° Drg C con peso DRG < 2,5
AOU PISANA	38%	7.606	62%	12.456
AOU SENESE	42%	4.377	58%	5.986
AOU CAREGGI	38%	9.768	62%	15.982
AOU MEYER	42%	812	58%	1.134
FOND. MONASTERIO	92%	1.906	8%	165
Media AOU*	39,95%	5.641	60,05%	8.890

* Nel calcolo della media è esclusa la Fondazione Monasterio

Fig. 12 Percentuale dei Drg chirurgici ad alta e bassa complessità, anno 2006

2007	Alta complessità		Bassa complessità	
	% Drg C con peso DRG >= 2,5	N° Drg C con peso DRG >= 2,5	% Drg C con peso DRG < 2,5	N° Drg C con peso DRG < 2,5
AOU PISANA	36,40%	7.072	63,60%	12.356
AOU SENESE	41,87%	4.230	58,13%	5.873
AOU CAREGGI	39,61%	10.075	60,39%	15.359
AOU MEYER	42,23%	843	57,77%	1.153
FOND. MONASTERIO	92,15%	2.042	7,85%	174
Media AOU*	40,03%	5.555	59,97%	8.685

* Nel calcolo della media è esclusa la Fondazione Monasterio

Fig. 13 Percentuale dei Drg chirurgici ad alta e bassa complessità, anno 2007

Definizione:	Percentuale Drg chirurgici ad alta complessità
Numeratore:	Numero di Drg chirurgici con peso $\geq 2,5$
Denominatore:	Numero di dimessi con Drg chirurgico
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di Drg chirurgici con peso } \geq 2,5}{\text{N. di dimessi con Drg chirurgico}}$
Note per l'elaborazione:	Si considerano esclusivamente i ricoveri ordinari. Si considerano ad alta complessità i Drg con peso $\geq 2,5$
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media delle Aziende Ospedaliere -Universitarie
Significato:	Il peso del Drg associato ad ogni ricovero rispecchia la complessità della casistica, vale a dire il grado di impegno relativo, sia in termini di costi che di impegno clinico, di ciascun Drg rispetto al costo medio standard per ricovero.

Fig. 14 Scheda indicatore, Percentuale Drg chirurgici ad alta complessità

Per quanto riguarda la percentuale dei Drg chirurgici con peso superiore a 2,5, il valore medio regionale per il 2007 è pari a 50,45%; i valori delle quattro Aziende Ospedaliere-Universitarie vanno dal 36,40% dell'AOU Pisana al 42,23% dell'AOU Meyer; per la Fondazione Monasterio, il 92,15% dei casi trattati è ad elevata complessità.

8.3 – Il Peso medio Drg Chirurgici ad alta complessità

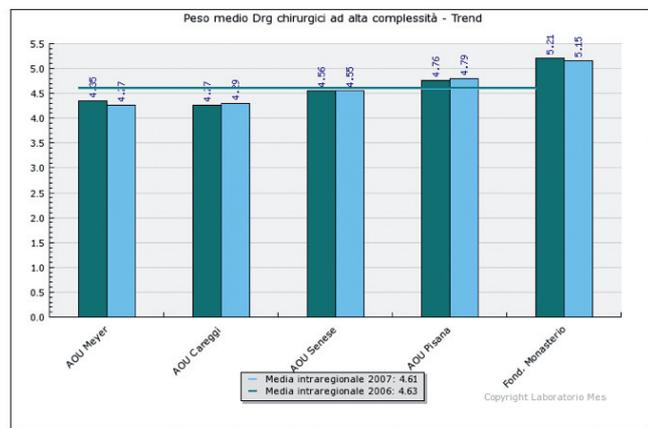


Fig. 15 Trend del peso medio Drg chirurgici ad alta complessità, anni 2006-2007

Azienda di erogazione	2006			2007		
	Peso medio DRG C ≥ 2,5	Somma dei pesi	N. Drg C ≥ 2,5	Peso medio DRG C ≥ 2,5	Somma dei pesi	N. Drg C ≥ 2,5
AOU PISANA	4,76	36.201	7.606	4,79	33.893	7.072
AOU SENESE	4,56	19.980	4.377	4,55	19.259	4.230
AOU CAREGGI	4,27	41.758	9.768	4,29	43.198	10.075
AOU MEYER	4,35	3.529	812	4,27	3.546	830
CNR	5,21	9.935	1.906	5,15	10.515	2.042
Media AOU	4,49	25.367	5.641	4,48	24.974	5.552

Fig. 16 Trend del peso medio Drg chirurgici ad alta complessità, 2006-2007

Definizione:	Peso medio Drg chirurgici ad alta complessità
Numeratore:	Somma dei pesi dei Drg chirurgici con peso ≥ 2,5
Denominatore:	Numero di dimessi con Drg chirurgico con peso ≥ 2,5
Formula matematica:	$\frac{\text{Somma dei pesi dei Drg chirurgici con peso } \geq 2,5}{\text{N. di dimessi con Drg chirurgico con peso } \geq 2,5}$
Note per l'elaborazione:	Si considerano esclusivamente i ricoveri ordinari
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media delle Aziende Ospedaliere -Universitarie
Significato:	Il peso del Drg associato ad ogni ricoveri rispecchia la complessità della casistica, vale a dire il grado di impegno relativo, sia in termini di costi che di impegno clinico, di ciascun Drg rispetto al costo medio standard per ricovero.

Fig. 17 Scheda indicatore, peso medio Drg chirurgici ad alta complessità

Il peso medio dei Drg chirurgici ad alta complessità per l'anno 2007 oscilla da 4,27 dell'AOU Meyer al 5,15 della Fondazione Monasterio. Da sottolineare il fatto che l'AOU Pisana, nonostante presenti la percentuale più bassa dei Drg chirurgici con peso superiore a 2,5, tratta una casistica più complessa per gli interventi in chirurgia, come dimostra la figura 15.

9. La Mobilità – B12 di V. Camerini

L'analisi della mobilità sanitaria, nelle sue diverse forme, ricopre un ruolo centrale nella programmazione dei sistemi regionali e nello sviluppo di politiche condivise a livello interregionale. In quanto espressione della libertà di scelta degli assistiti e della loro percezione della qualità dell'assistenza, la mobilità si presenta come fenomeno di notevole interesse ai fini della valutazione dei servizi erogati e, più in generale, delle dinamiche che regolano la complessa dialettica tra domanda e offerta di prestazioni sanitarie, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse e di promozione della qualità delle cure.

La valutazione della mobilità prende in considerazione le fughe e le attrazioni, in termini di ricoveri, sia fuori Area Vasta che fuori Regione. Come la "complessità della casistica" anche questo indicatore viene calcolato solo per le Aziende Ospedaliere-Universitarie.

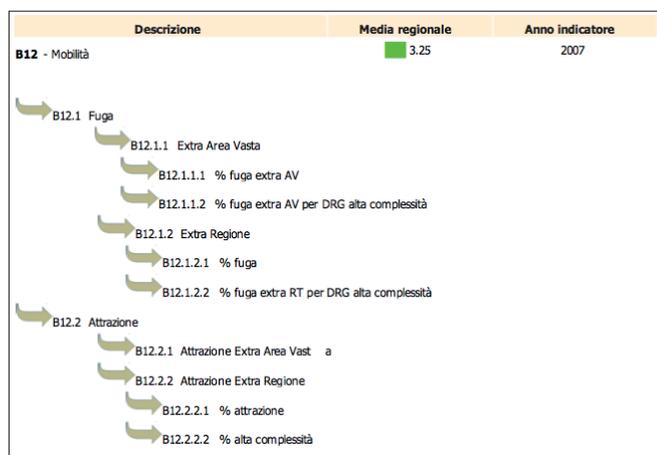


Fig. 1 L'albero dell'indicatore di mobilità

La valutazione dell'indicatore B12.2.2 è calcolata assegnando pesi diversi di due sottoindicatori, i pesi sono i seguenti: B12.2.2.1 40%, B12.2.2.2 60%

9.1 – La Fuga extra Area Vasta

Per quanto riguarda la mobilità tra Aree Vaste, l'organizzazione regionale prevede che ciascuna Area Vasta si faccia carico dei bisogni di salute dei propri cittadini, in modo da evitare lo spostamento dei pazienti, fatta eccezione per alcuni specifici centri regionali di riferimento e delle migrazioni transfrontaliere, da e verso regioni confinanti, che possono essere spiegate dalla contiguità geografica e dalla dislocazione territoriale dei servizi sanitari. È stato valutato, quindi, il livello di fughe dall'Area Vasta, come indicatore di una mancata risposta al cittadino, che può essere dovuta sia ad un vuoto di offerta (carenza di servizi o loro inaccessibilità), che ad un problema di qualità (percepita o vera) delle prestazioni rese.

L'indice di fuga extra Area Vasta calcola la percentuale dei ricoveri fuori Area Vasta, in Regione Toscana, relativi a residenti nella corrispondente Area Vasta.

I grafici mostrano che l'andamento delle aziende ospedaliere rimane sostanzialmente lo stesso rispetto al 2006. Si riconferma la best-practice dell'Area Vasta Nord-Ovest con il valore 5,40%.

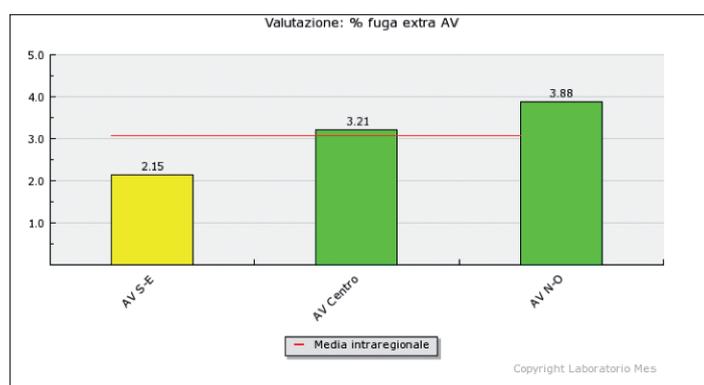


Fig. 2 Valutazione della percentuale di fughe extra Area Vasta, anno 2007

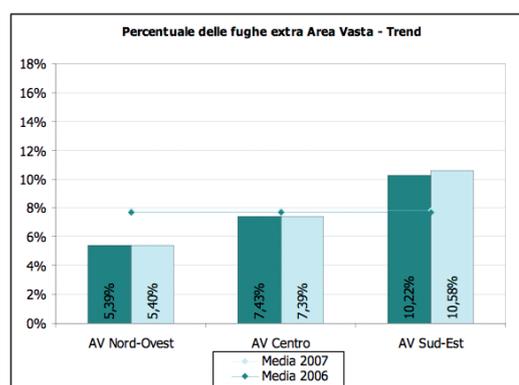


Fig. 3 Trend della percentuale di fughe extra Area Vasta, 2006-2007

Area Vasta residenza	2006			2007		
	Indice di fuga extra AV	N. residenti in AV dimessi in RT fuori AV	N. residenti in AV dimessi in RT	Indice di fuga extra AV	N. residenti in AV dimessi in RT fuori AV	N. residenti in AV dimessi in RT
AV Nord-Ovest	5,39%	11397	211365	5,40%	11341	210.009
AV Centro	7,43%	19510	262626	7,39%	19049	257.627
AV Sud-Est	10,22%	13325	130389	10,58%	13563	128.202
Media AV	7,68%	14.744	201.460	7,79%	14.651	198.613

Fig. 4 Trend della percentuale di fughe extra Area Vasta, 2006-2007

Definizione:	Fuga intraregionale extra Area Vasta per tutti i Drg
Numeratore:	N. Residenti in AV dimessi in Toscana fuori AV
Denominatore:	N. Residenti in AV dimessi in Toscana
Formula matematica:	$\frac{\text{N. Residenti in AV dimessi in Toscana fuori AV}}{\text{N. Residenti in AV dimessi in Toscana}} \times 100$
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media delle Aziende Ospedaliere -Universitarie
Significato:	L'indicatore rileva quanti cittadini si spostano in una diversa Area Vasta da quella di residenza per un qualsiasi ricovero ospedaliero.

Fig. 5 Scheda indicatore, Percentuale di fughe extra Area Vasta

Oltre ai volumi delle fughe si considera anche il numero di cittadini che si spostano in una Area Vasta diversa da quella di residenza per un ricovero ad alta complessità, cioè per un Drg con peso maggiore di 2,5. Trattandosi dei ricoveri ad alta complessità, la valutazione è attribuita alle Aziende Ospedaliero-Universitarie, come strutture di terzo livello.

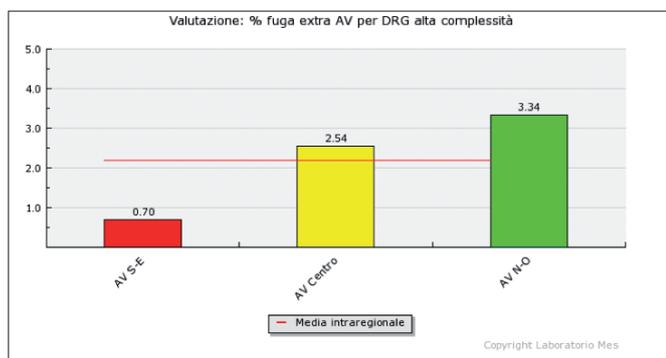


Fig. 6 Valutazione della percentuale di fughe extra Area Vasta per Drg ad alta complessità, anno 2007

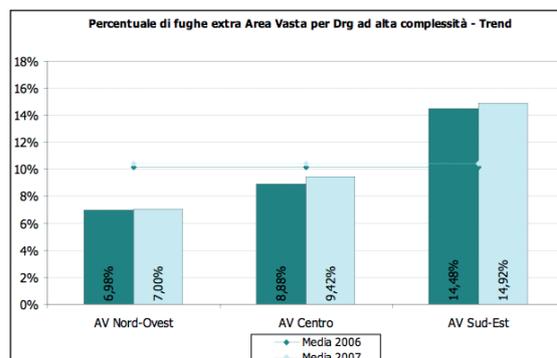


Fig. 7 Trend della percentuale di fughe extra Area Vasta per Drg ad alta complessità, 2006-2007

Area Vasta residenza	2006			2007		
	Indice di fuga extra AV	N. residenti in AV dimessi in RT fuori AV	N. residenti in AV dimessi in RT	Indice di fuga extra AV	N. residenti in AV dimessi in RT fuori AV	N. residenti in AV dimessi in RT
AV Nord-Ovest	6,98%	1312	18786	7,00%	1307	18670
AV Centro	8,88%	2002	22533	9,42%	2161	22933
AV Sud-Est	14,48%	1717	11861	14,92%	1756	11767
Media AV	10,11%	1.677	17.727	10,45%	1.741	17.790

Fig. 8 Trend della percentuale di fughe extra Area Vasta per Drg ad alta complessità, 2006-2007

Definizione:	Fuga intraregionale extra Area Vasta per Drg ad alta complessità
Numeratore:	N. Residenti in AV dimessi in Toscana fuori AV con Drg ad alta complessità
Denominatore:	N. Residenti in AV dimessi in Toscana con Drg ad alta complessità
Formula matematica:	$\frac{\text{N. Residenti in AV dimessi in Toscana fuori AV con Drg ad alta complessità}}{\text{N. Residenti in AV dimessi in Toscana con Drg ad alta complessità}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Si considerano ad alta complessità i Drg con peso $\geq 2,5$
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie
Significato:	L'indicatore rileva quanti cittadini si spostano in una diversa Area Vasta da quella di residenza per un ricovero ospedaliero di alta complessità.

Fig. 9 Scheda indicatore, percentuale di fughe extra Area Vasta per Drg ad alta complessità

L'andamento regionale per le fughe extra Area Vasta per Drg ad alta complessità è in leggero peggioramento, infatti il valore medio passa dal 9.46% al 9.79%. I valori delle Aree Vaste oscillano tra il 7% dell'Area Vasta Nord-Ovest, che quindi presenta la migliore performance, e 14.92% dell'Area Vasta Sud-Est.

9.2 – La Fuga extra Regione

La riduzione delle fughe extra regione è posta fra gli obiettivi regionali, perché, anche nel caso di patologie complesse, la Regione si impegna ad assicurare un centro specializzato per la loro cura. I dati del 2007 non sono disponibili alla data di pubblicazione del report, in quanto deve ancora pervenire il flusso extraregionale, pertanto le figure sottostanti si riferiscono al 2006.

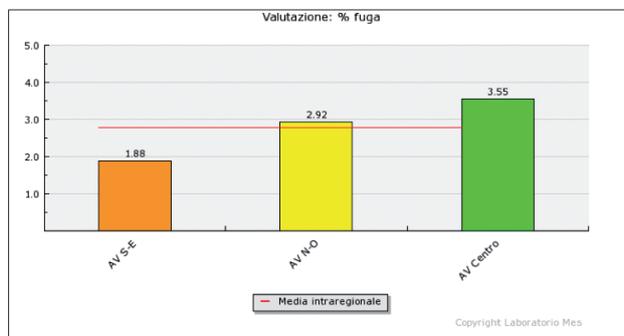


Fig. 10 Valutazione della percentuale di fughe extra Regione, anno 2006

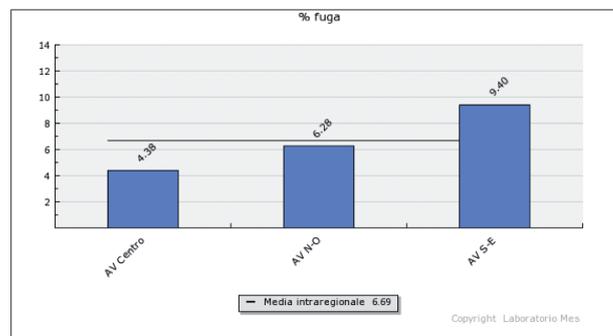


Fig. 11 Percentuale di fughe extra Regione, anno 2006

Area Vasta residenza	2006		
	% fughe fuori regione	N. dimessi toscani fuori regione	N. dimessi toscani
AV Nord-Ovest	6,28%	14.156	225.521
AV Centro	4,38%	12.032	274.678
AV Sud-Est	9,40%	13.527	143.916
Media AV	6,69%	13.238	214.705

Fig. 12 Percentuale di fughe extra Regione, anno 2006

Definizione:	Indice di fuga extraregionale
Numeratore:	N. dimissioni residenti toscani, erogate in altre regioni
Denominatore:	N. dimissioni residenti toscani ovunque erogate
Formula matematica:	$\frac{\text{N. dimissioni residenti toscani, erogate in altre regioni}}{\text{N. dimissioni residenti toscani ovunque erogate}} \times 100$
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media delle Aree Vaste

Fig. 13 Scheda indicatore, Percentuale di fughe extra Regione

9.3 – L'Attrazione extra Area Vasta

Questo indicatore considera la percentuale di ricoveri per Drg ad alta complessità dentro la corrispondente Area Vasta, relativi a residenti fuori Area Vasta. Contrariamente ai precedenti, questo indicatore non è di valutazione, poiché tale fenomeno non è incentivato a livello regionale, in quanto il sistema sanitario toscano si basa su logiche collaborative e non competitive.

L'andamento regionale è in leggero aumento, passando da un valore medio del 9.99% nel 2006 al 10.96% nel 2007.

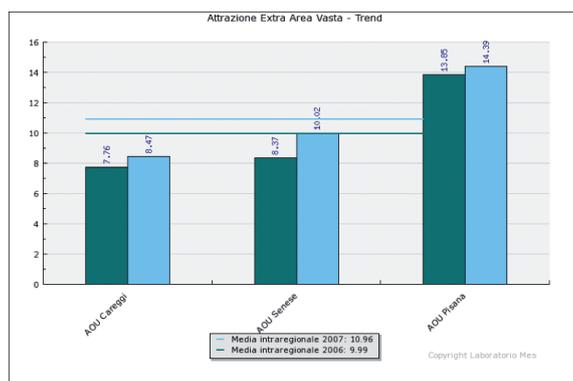


Fig. 14 Trend della percentuale di attrazione extra Area Vasta per Drg ad alta complessità, 2006-2007

Azienda erogazione	2006			2007		
	Indice di attrazione extra AV	N. dimessi toscani, residenti fuori AV	N. dimessi toscani dall'Azienda	Indice di attrazione extra AV	N. dimessi toscani, residenti fuori AV	N. dimessi toscani dall'Azienda
AOU Pisana	13,85%	992	7.165	14,39%	969	6.735
AOU Careggi	7,76%	749	9.656	8,47%	849	10.024
AOU Senese	8,37%	354	4.231	10,02%	409	4.082
Media AOU	9,99%	698	7017	10,96%	742	6947

Fig. 15 Trend della percentuale di attrazione extra Area Vasta per Drg ad alta complessità, 2006-2007

Definizione:	Attrazione intraregionale extra Area Vasta per Drg ad alta complessità
Numeratore:	N. dimessi toscani residenti fuori AV con Drg ad alta complessità
Denominatore:	N. dimessi toscani con Drg ad alta complessità
Formula matematica:	$\frac{\text{N. dimessi toscani residenti fuori AV con Drg ad alta complessità}}{\text{N. dimessi toscani con Drg ad alta complessità}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Si considerano ad alta complessità i Drg con peso $\geq 2,5$
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media delle Aziende Ospedaliero -Universitarie
Significato:	L'indicatore rileva quanti cittadini vengono da una diversa Area Vasta da quella di residenza per un ricovero ospedaliero di alta complessità.

Fig. 16 Scheda indicatore, Percentuale di attrazione extra Area Vasta per Drg ad alta complessità

9.4 – L'Attrazione extra Regione

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

Per entrambi gli indicatori non si osservano sostanziali differenze rispetto al 2006. Per quanto riguarda la percentuale di attrazioni extra Regione si conferma la migliore performance della AOU Pisana con il valore 24,90%, mentre per le attrazioni inerenti i Drg ad alta complessità viene confermata la best practice dell'AOU Careggi con il 14,63%

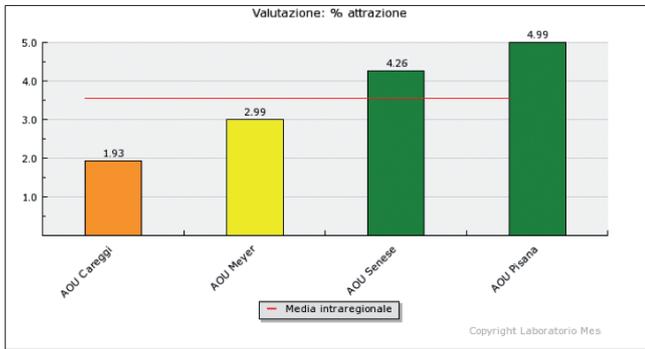


Fig. 17 Valutazione della percentuale di attrazione extra Regione, anno 2007

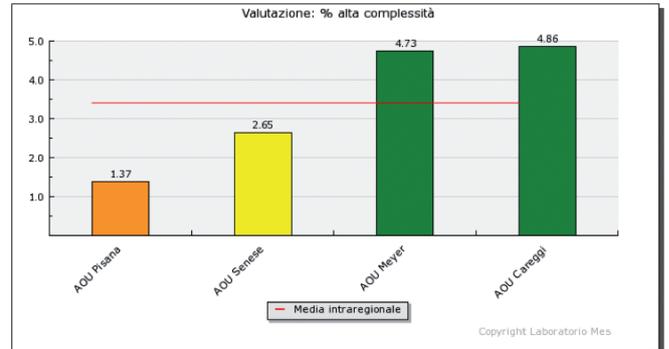


Fig. 18 Valutazione della percentuale di attrazione extra Regione per Drg ad alta complessità, anno 2007

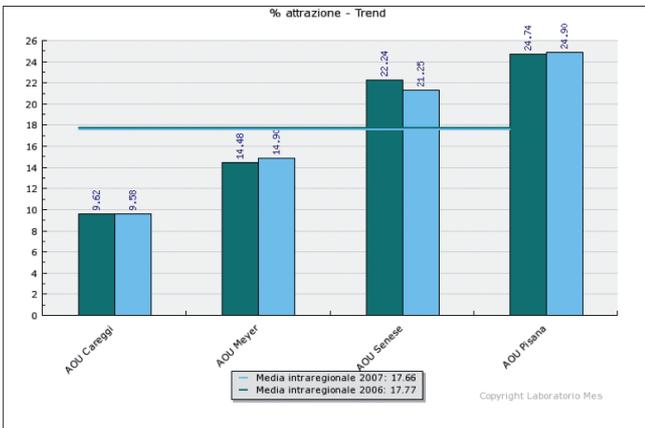


Fig. 19 Trend della percentuale di attrazione extra Regione, 2006-2007

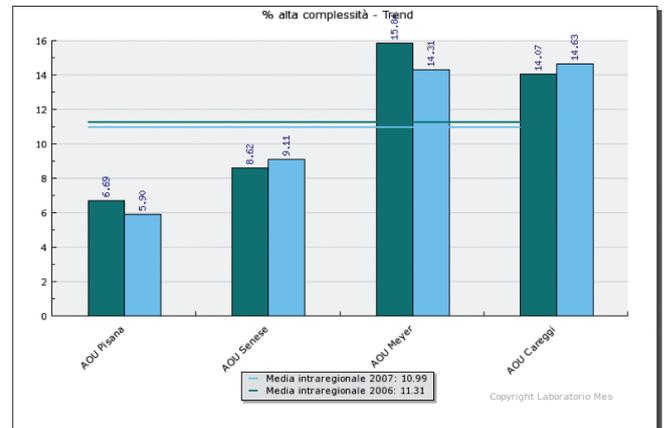


Fig. 20 Trend della percentuale di attrazione extra Regione per Drg ad alta complessità, 2006-2007

Azienda di erogazione	2006			2007		
	Indice di attrazione extra Regione	N. dimessi non toscani	Totale dimissioni erogate	Indice di attrazione extra Regione	N. dimessi non toscani	Totale dimissioni erogate
AOU Pisana	24,74%	19.098	77.190	24,90%	19.444	78.089
AOU Careggi	9,62%	7.541	78.367	9,58%	7.407	77.296
AOU Senese	22,24%	9.052	40.699	21,25%	8.562	40.296
AOU Meyer	14,48%	2.658	18.351	14,90%	2.782	18.667
Media AOU*	18,87%	11.897	65.419	18,58%	11.804	65.227

Fig. 21 Trend della percentuale di attrazione extra Regione, anno 2006-2007

Azienda di erogazione	2006			2007		
	% Drg alta complessità	N. dimessi non toscani Drg alta complessità	N. dimessi non toscani	% Drg alta complessità	N. dimessi non toscani Drg alta complessità	N. dimessi non toscani
AOU Pisana	6,69%	1278	19098	5,90%	1147	19444
AOU Careggi	14,07%	1061	7541	14,63%	1084	7407
AOU Senese	8,62%	780	9052	9,11%	780	8562
AOU Meyer	15,84%	421	2658	14,31%	398	2782
Media AOU*	9,79%	1.040	11.897	9,88%	1.004	11.804

Fig. 22 Trend della percentuale di attrazione extra Regione per Drg ad alta complessità, anno 2006-2007

Definizione:	Indice di attrazione extraregionale
Numeratore:	N. dimissioni residenti non toscani, erogate in Toscana
Denominatore:	N. dimissioni erogate in Toscana
Formula matematica:	$\frac{\text{N. dimissioni residenti non toscani, erogate in Toscana}}{\text{N. dimissioni erogate in Toscana}} \times 100$
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media delle Aziende Ospedaliero -Universitarie

Fig. 23 Scheda indicatore, Percentuale di attrazione extra Regione

Definizione:	Percentuale di attrazioni extraregionali di alta complessità
Numeratore:	N. dimissioni residenti non toscani, erogate in Toscana con Drg ad alta complessità
Denominatore:	N. dimissioni residenti non toscani, erogate in Toscana
Formula matematica:	$\frac{\text{N. dimissioni residenti non toscani, erogate in Toscana di alta complessità}}{\text{N. dimissioni residenti non toscani, erogate in Toscana}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Si considerano ad alta complessità i Drg con peso $\geq 2,5$
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media delle Aziende Ospedaliero -Universitarie
Significato:	L'Indicatore rileva la percentuale di casi complessi nei dimessi non toscani

Fig. 24 Scheda indicatore, percentuale di attrazione extra Regione per Drg ad alta complessità

10. La Continuità assistenziale nel percorso nascita – B13 di L. Marcacci

Nella proposta di piano PSR 2008-2010, nell'ambito del progetto speciale "Nascere in Toscana", si rileva la necessità di migliorare alcuni aspetti del sistema ed in particolare l'ultimo punto riguarda "la definizione di protocolli e procedure condivise all'interno dei presidi assistenziali e tra i servizi ospedalieri e i servizi territoriali per la continuità assistenziale e per migliorare l'uniformità e l'interconnessione tra i vari nodi del sistema."

L'indicatore B13 sintetizza il livello di soddisfazione riguardo alla capacità di coordinamento degli operatori nelle varie fasi del percorso materno infantile espresso dalle utenti durante l'indagine telefonica "Il percorso nascita in Toscana: l'esperienza delle donne" realizzata nel 2007 sulle 16 aziende toscane.

L'indicatore è calcolato sulla base della distribuzione delle risposte ottenute alla domanda: "Ritiene che ci sia coordinamento tra gli operatori sanitari nelle varie fasi del percorso?". Pur non rientrando nella valutazione, l'indicatore mostra le distribuzioni di altri items presenti nel questionario, suddivisi secondo le tre fasi principali del percorso: fase pre parto, fase parto e fase post parto. Il grafico mostra la struttura dell'indicatore.

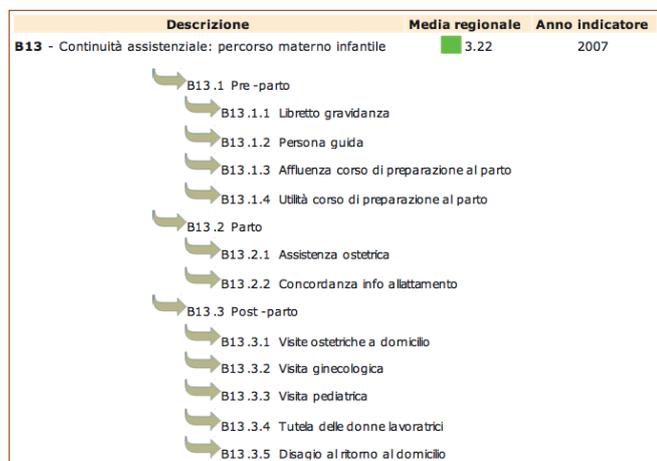


Figura 1 Struttura albero, Continuità assistenziale percorso materno infantile

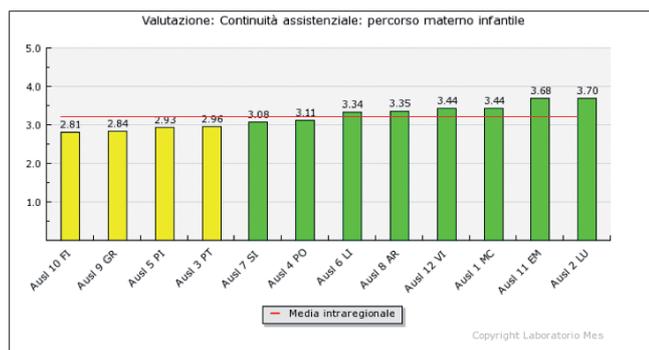


Figura 2 Valutazione Continuità assistenziale percorso materno infantile

La valutazione media regionale attribuita dalle donne al livello di coordinamento nelle varie fasi del percorso è abbastanza positiva e ottiene un punteggio pari 3.25. A livello aziendale emerge un quadro eterogeneo, con punteggi che variano tra 2.81 e 3.70 e distribuzioni differenti tra le aziende. Rispetto al dato rilevato nelle indagini 2004/2005 si nota un notevole incremento sia degli utenti completamente soddisfatti, sia di quelli poco e per nulla insoddisfatti.

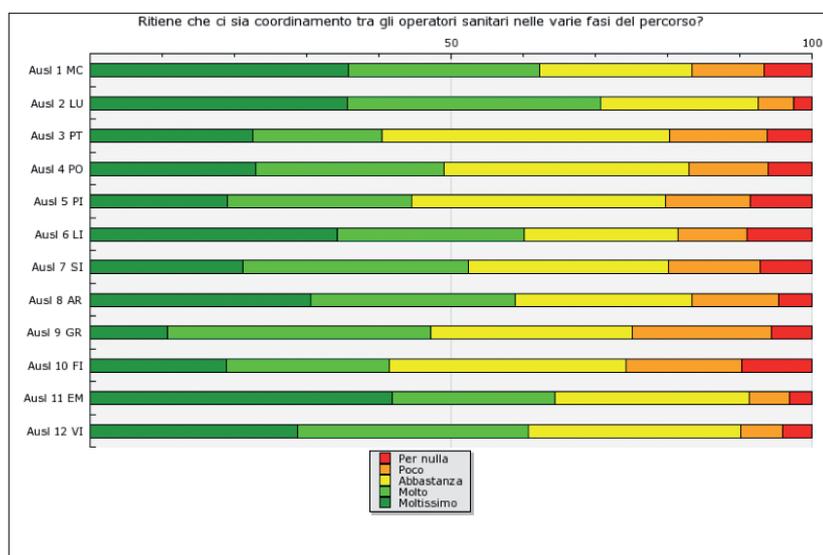


Figura 3. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Ritiene che ci sia coordinamento tra gli operatori sanitari nelle varie fasi del percorso?", anno 2007

Ritiene che ci sia coordinamento tra gli operatori sanitari nelle varie fasi del percorso?							
Azienda	Moltissimo	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla	N. osservazioni	Valutazione
Ausl 1 MC	35.76	26.49	21.19	9.93	6.62	151	3.44
Ausl 2 LU	35.63	35.00	21.88	5.00	2.50	160	3.70
Ausl 3 PT	22.47	17.98	39.89	13.48	6.18	178	2.96
Ausl 4 PO	23.00	26.00	34.00	11.00	6.00	200	3.11
Ausl 5 PI	18.97	25.52	35.17	11.72	8.62	290	2.93
Ausl 6 LI	34.27	25.84	21.35	9.55	8.99	178	3.34
Ausl 7 SI	21.10	31.22	27.85	12.66	7.17	237	3.08
Ausl 8 AR	30.56	28.24	24.54	12.04	4.63	216	3.35
Ausl 9 GR	10.71	36.43	27.86	19.29	5.71	140	2.84
Ausl 10 FI	18.91	22.55	32.80	15.95	9.79	439	2.81
Ausl 11 EM	41.88	22.50	26.88	5.63	3.13	160	3.68
Ausl 12 VI	28.69	31.97	29.51	5.74	4.10	122	3.44

Figura 4. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Ritiene che ci sia coordinamento tra gli operatori sanitari nelle varie fasi del percorso?", anno 2007

Nel complesso, come evidenzia il grafico di trend, si registra un peggioramento dell'indicatore in quasi tutte le aziende. Si precisa però che i dati 2004/2005 non includono le informazioni relative alle donne che hanno partorito presso le AOU mentre il dato 2007 è elaborato per azienda di residenza e include tutte le 16 aziende. Per la Ausl 5 PI, la Ausl 7 SI e la Ausl 10 FI il punteggio calcolato escludendo le donne che partoriscono nell'azienda ospedaliera presente sul territorio di residenza è rispettivamente di 3.21, 3.38 e 2.83.

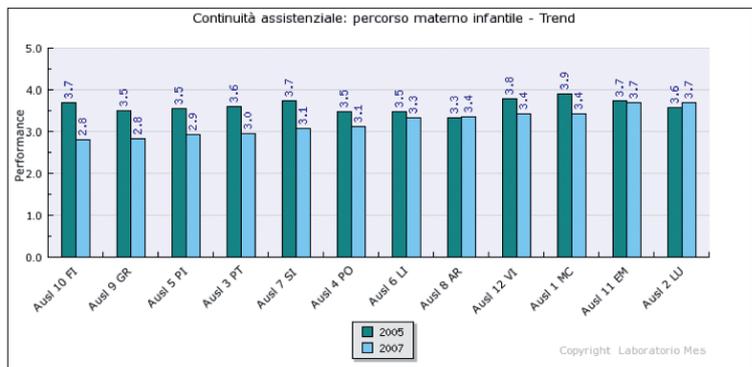


Figura 5. Trend valutazione Continuità assistenziale percorso materno infantile, 2004/2005-2007

Definizione:	Continuità assistenziale nel Percorso Materno Infantile
Note per l'elaborazione:	Il punteggio è stato calcolato come media pesata delle percentuali di risposta ottenute alla domanda: "Ritene che ci sia coordinamento tra gli operatori sanitari nelle varie fasi del percorso?" Il punteggio è stato assegnato attribuendo a ciascuna modalità di risposta il seguente peso e riportato in scala da 0 (performance pessima) a 5 (performance ottima): L'indicatore è calcolato utilizzando le osservazioni relative alle sole utenti che hanno partorito presso uno dei punti nascita presenti sul territorio dell'azienda sanitaria in cui risultano residenti e registra comunque una serie di aspetti non oggetto di valutazione, suddivisi nelle tre fasi principali del percorso: fase pre-parto, fase parto e fase post-parto
Fonte:	Indagine "Il percorso nascita in toscana, l'esperienza delle donne" - Anno 2007 Laboratorio MES
Popolazione di riferimento:	La popolazione da cui è stato estratto il campione è rappresentata dalle donne che hanno partorito presso uno dei punti nascita presenti sul territorio nel periodo marzo - giugno 2007 (per la AUSL 5 di Pisa il periodo di reclutamento è stato aprile - luglio 2007). Non sono state inserite nella lista campionaria le donne che durante la fase di reclutamento hanno espresso la volontà di non essere intervistate e madri di neonati trasferiti in terapia intensiva o deceduti

Figura 6. Scheda indicatore, Continuità assistenziale

10.1 - Il Pre-parto

La delibera DGR n.555/2004 individua nell'ostetrica la persona guida e di riferimento della donna per tutto il percorso nascita. Essa quindi rappresenta la figura centrale che ha il compito di garantire la continuità assistenziale. In realtà dalle interviste emerge che la persona di riferimento per la donna è il ginecologo, in particolare quello privato; la percentuale delle donne seguite dall'ostetrica (del consultorio o dell'ospedale) a livello regionale è di 3.4%, con valori che a livello aziendale oscillano fra 0% e 6.7%.

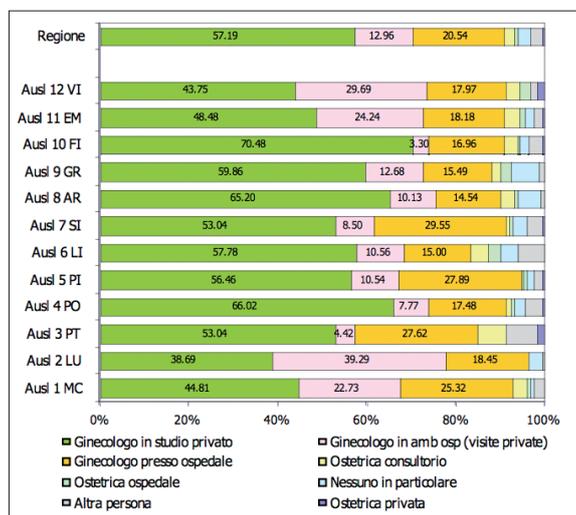


Figura 7. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Da quale figura professionale è stata seguita principalmente durante la gravidanza?", anno 2007

Aziende	Ginecologo studio privato	Ginecologo amb osp visite private	Ginecologo presso ospedale	Ostetrica consultorio	Ostetrica ospedale	Nessuno in particolare	Altra persona	Ostetrica privata	N. utenti
Ausl 1 MC	44,81	22,73	25,32	3,25	0,65	0,65	2,60	0,00	154
Ausl 2 LU	38,69	39,29	18,45	0,00	0,00	2,98	0,60	0,00	168
Ausl 3 PT	53,04	4,42	27,62	6,08	0,00	0,00	7,18	1,66	181
Ausl 4 PO	66,02	7,77	17,48	0,97	0,97	2,43	3,88	0,49	206
Ausl 5 PI	56,46	10,54	27,89	0,34	0,68	1,70	2,04	0,34	294
Ausl 6 LI	57,78	10,56	15,00	3,89	2,78	3,89	6,11	0,00	180
Ausl 7 SI	53,04	8,50	29,55	0,81	0,81	3,24	3,64	0,40	247
Ausl 8 AR	65,20	10,13	14,54	3,52	0,44	5,29	0,88	0,00	227
Ausl 9 GR	59,86	12,68	15,49	2,11	2,11	6,34	1,41	0,00	142
Ausl 10 FI	70,48	3,30	16,96	3,08	0,44	1,98	3,08	0,66	454
Ausl 11 EM	48,48	24,24	18,18	3,64	1,21	1,82	1,82	0,61	165
Ausl 12 VI	43,75	29,69	17,97	3,13	2,34	0,00	1,56	1,56	128
Regione	57,19	12,96	20,54	2,47	0,90	2,51	2,95	0,47	2546

Figura 8. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Da quale figura professionale è stata seguita principalmente durante la gravidanza?", anno 2007

Per quanto riguarda il libretto di gravidanza, come noto, sarebbe opportuno che venisse consegnato dall'ostetrica o dal personale sanitario anziché dal personale amministrativo perché "in tale occasione, l'ostetrica promuove l'incontro della donna con i servizi ed è a disposizione per fornirle tutte le informazioni utili sui servizi e sulle varie opportunità di cui può fruire e per orientarla a scelte consapevoli" (DGR n.555/2004). Dalle interviste emerge chiaramente che la

situazione in Toscana è tutt'altro che omogenea: ci sono aziende in cui il libretto viene consegnato prevalentemente dall'ostetrica o dal ginecologo del consultorio e altre invece in cui la consegna viene effettuata prevalentemente dal personale amministrativo.

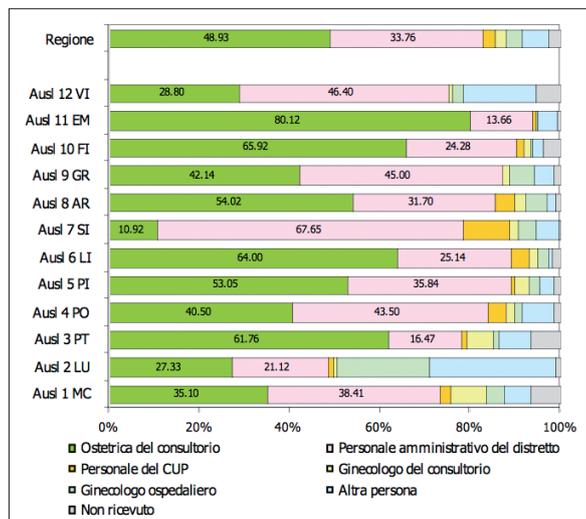


Figura 9. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Da quale operatore ha ricevuto il libretto regionale di guida alla gravidanza?", anno 2007

Aziende	Ostetrica consultorio	Personale amm.vo del distretto	Personale del CUP	Ginecologo consultorio	Ginecologo ospedaliero	Altra persona	Non ricevuto	N. utenti
Ausl 1 MC	35.10	38.41	1.99	7.95	3.97	5.96	6.62	151
Ausl 2 LU	27.33	21.12	1.24	0.62	20.50	27.95	1.24	161
Ausl 3 PT	61.76	16.47	1.18	5.88	1.18	7.06	6.47	170
Ausl 4 PO	40.50	43.50	4.00	2.00	1.50	7.00	1.50	200
Ausl 5 PI	53.05	35.84	1.08	2.87	2.51	3.23	1.43	279
Ausl 6 LI	64.00	25.14	4.00	1.71	2.29	1.14	1.71	175
Ausl 7 SI	10.92	67.65	10.08	2.10	3.78	5.04	0.42	238
Ausl 8 AR	54.02	31.70	4.02	2.68	4.46	2.23	0.89	224
Ausl 9 GR	42.14	45.00	0.00	1.43	5.71	4.29	1.43	140
Ausl 10 FI	65.92	24.28	1.78	1.56	0.45	2.00	4.01	449
Ausl 11 EM	80.12	13.66	0.62	0.00	0.62	4.35	0.62	161
Ausl 12 VI	28.80	46.40	0.00	0.80	2.40	16.00	5.60	125
Regione	48.93	33.76	2.71	2.39	3.56	6.07	2.59	2473

Figura 10. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Da quale operatore ha ricevuto il libretto regionale di guida alla gravidanza?", anno 2007

Relativamente al corso di preparazione alla nascita le donne confermano l'utilità di questo servizio: circa l'88% delle donne che ne ha usufruito ritiene che sia servito per vivere meglio la gravidanza e il parto. A livello aziendale si registrano valori compresi tra 71% e 95%. Non tutte le donne che partoriscono hanno seguito il corso di preparazione alla nascita: le primipare che dichiarano di aver frequentato il corso rappresentano a livello regionale circa il 68% del campione intervistato.

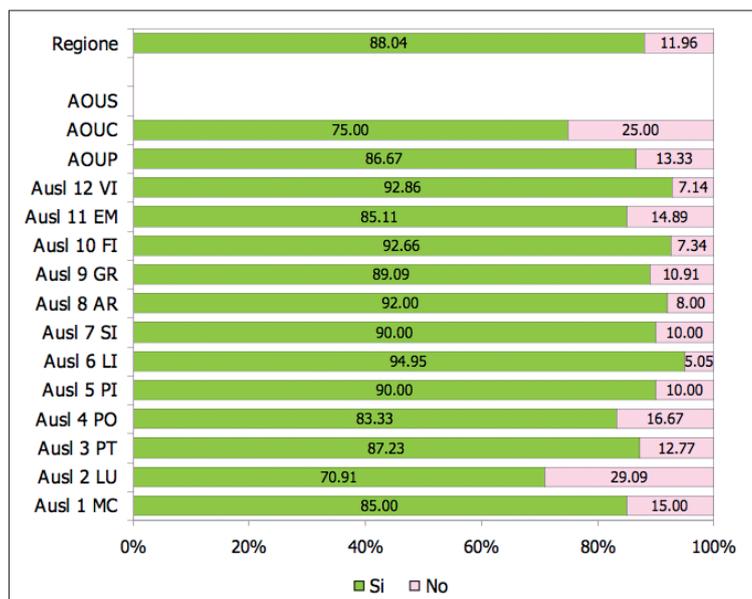


Figura 11. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Il corso di preparazione al parto la ha aiutata a vivere meglio la gravidanza e il parto?", anno 2007

Aziende	Si	No	N. utenti
Ausl 1 MC	85.00	15.00	40
Ausl 2 LU	70.91	29.09	55
Ausl 3 PT	87.23	12.77	94
Ausl 4 PO	83.33	16.67	90
Ausl 5 PI	90.00	10.00	120
Ausl 6 LI	94.95	5.05	99
Ausl 7 SI	90.00	10.00	80
Ausl 8 AR	92.00	8.00	100
Ausl 9 GR	89.09	10.91	55
Ausl 10 FI	92.66	7.34	177
Ausl 11 EM	85.11	14.89	94
Ausl 12 VI	92.86	7.14	56
AOUP	86.67	13.33	15
AOUC	75.00	25.00	52
AOUS			
Regione	88.04	11.96	1129

Figura 12. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Il corso di preparazione al parto la ha aiutata a vivere meglio la gravidanza e il parto?", anno 2007

10.2 – Il Parto

Per quanto riguarda il parto, gli aspetti di continuità assistenziale indagati rientrano nell'ambito dell'assistenza ostetrica e della coerenza delle informazioni relative all'allattamento al seno fornite dagli operatori durante il ricovero.

Circa possibilità da parte della donna di scegliere l'ostetrica durante il parto si evidenzia che in media nel 93% dei casi si partorisce con l'ostetrica di turno, con valori che a livello aziendale oscillano tra il 73% e il 97%.

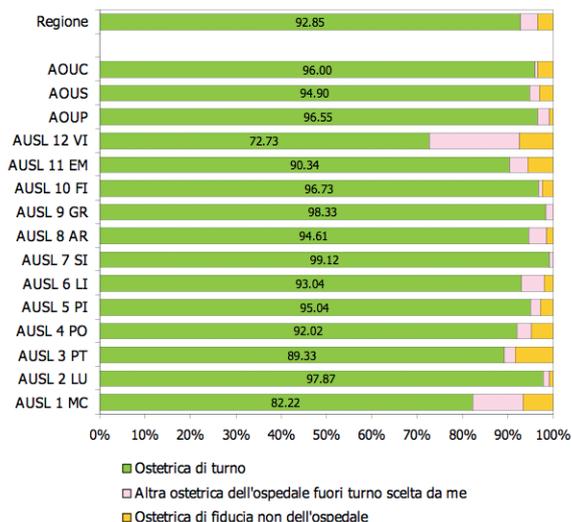


Figura 13. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Durante il parto quale ostetrica l'ha assistita?", anno 2007

Aziende	Ostetrica di turno	Altra ostetrica dell'ospedale fuori turno scelta da me	Ostetrica di fiducia non dell'ospedale	N. risposte
AUSL 1 MC	82.22	11.11	6.67	135
AUSL 2 LU	97.87	1.42	0.71	141
AUSL 3 PT	89.33	2.25	8.43	178
AUSL 4 PO	92.02	3.19	4.79	188
AUSL 5 PI	95.04	2.13	2.84	141
AUSL 6 LI	93.04	5.06	1.90	158
AUSL 7 SI	99.12	0.88	0.00	114
AUSL 8 AR	94.61	3.92	1.47	204
AUSL 9 GR	98.33	1.67	0.00	120
AUSL 10 FI	96.73	0.93	2.34	214
AUSL 11 EM	90.34	4.14	5.52	145
AUSL 12 VI	72.73	20.00	7.27	110
AOUP	96.55	2.59	0.86	116
AOUS	94.90	2.04	3.06	98
AOUC	96.00	0.57	3.43	175
Regione	92.85	3.80	3.35	2.237

Figura 14. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Durante il parto quale ostetrica l'ha assistita?", anno 2007

Qualche criticità emerge sul versante allattamento: a livello regionale sono 9.4% le donne che dichiarano di aver ricevuto informazioni discordanti sul tema. Risultano piuttosto elevate anche le percentuali di coloro che riferiscono di non aver ricevuto alcuna informazione a riguardo.

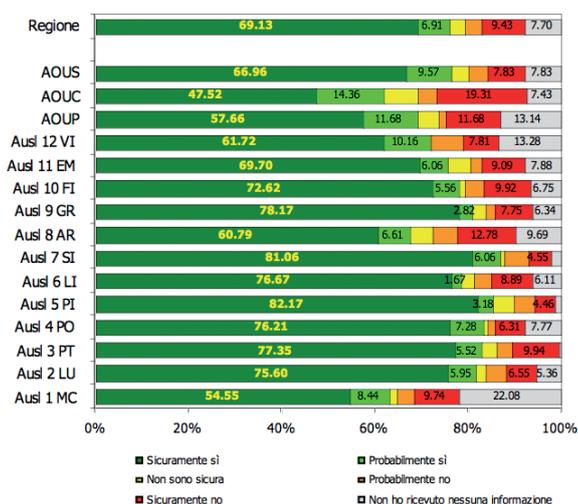


Figura 15. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Le ostetriche e le infermiere con cui ha avuto contatto durante il ricovero Le hanno fornito informazioni concordanti riguardo all' allattamento?", anno 2007

Aziende	Sicuramente sì	Probabilmente sì	Non sono sicura	Probabilmente no	Sicuramente no	No info	N.utenti
Ausl 1 MC	54,55	8,44	1,95	3,25	9,74	22,08	154
Ausl 2 LU	75,60	5,95	2,38	4,17	6,55	5,36	168
Ausl 3 PT	77,35	5,52	3,31	3,31	9,94	0,55	181
Ausl 4 PO	76,21	7,28	0,49	1,94	6,31	7,77	206
Ausl 5 PI	82,17	3,18	4,46	4,46	4,46	1,27	157
Ausl 6 LI	76,67	1,67	2,78	3,89	8,89	6,11	180
Ausl 7 SI	81,06	6,06	0,76	5,30	4,55	2,27	132
Ausl 8 AR	60,79	6,61	4,85	5,29	12,78	9,69	227
Ausl 9 GR	78,17	2,82	2,82	2,11	7,75	6,34	142
Ausl 10 FI	72,62	5,56	1,19	3,97	9,92	6,75	252
Ausl 11 EM	69,70	6,06	4,85	2,42	9,09	7,88	165
Ausl 12 VI	61,72	10,16	0,00	7,03	7,81	13,28	128
AOUP	57,66	11,68	4,38	1,46	11,68	13,14	137
AOUC	47,52	14,36	7,43	3,96	19,31	7,43	202
AOUS	66,96	9,57	3,48	4,35	7,83	7,83	115
Regione	69,13	6,91	3,06	3,77	9,43	7,70	2546

Figura 16. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Le ostetriche e le infermiere con cui ha avuto contatto durante il ricovero Le hanno fornito informazioni concordanti riguardo all' allattamento?", anno 2007

10.3 – Il Post-parto

Nella fase post-parto l'indicatore monitora alcune tappe fondamentali legate al momento del ritorno a domicilio come la visita ginecologica, pediatrica e ostetrica oltre ad indagare altri aspetti legati alla tutela delle donne lavoratrici e al possibile disagio che può subentrare dopo il parto.

Dai dati emerge che mediamente oltre il 60% delle donne effettua una visita ginecologica dopo la dimissione. Come mostra il grafico si registrano scostamenti significativi tra le aziende, con valori compresi in un intervallo che varia tra 39% e 77%.



Figura 17. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Ha effettuato una visita ginecologica dopo la dimissione?", anno 2007

Aziende	Si	No	N. utenti
Ausl 1 MC	53.90	46.10	154
Ausl 2 LU	38.69	61.31	168
Ausl 3 PT	69.61	30.39	181
Ausl 4 PO	62.14	37.86	206
Ausl 5 PI	64.97	35.03	294
Ausl 6 LI	64.44	35.56	180
Ausl 7 SI	60.73	39.27	247
Ausl 8 AR	64.76	35.24	227
Ausl 9 GR	76.76	23.24	142
Ausl 10 FI	64.54	35.46	454
Ausl 11 EM	49.09	50.91	165
Ausl 12 VI	47.66	52.34	128
Regione	60.88	39.12	2546

Figura 18. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Ha effettuato una visita ginecologica dopo la dimissione?", anno 2007

Anche per quanto riguarda la visita pediatrica la situazione appare molto eterogenea, con distribuzioni molto variabili tra una azienda e l'altra.

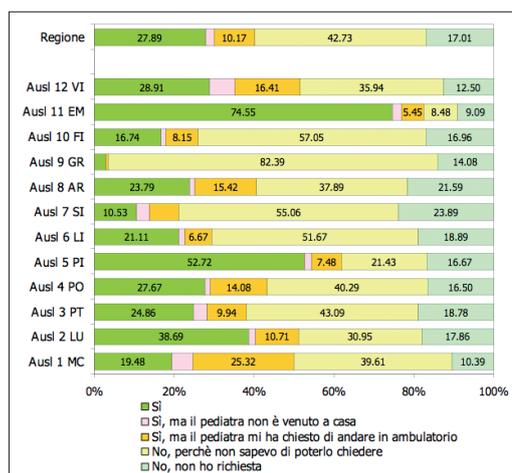


Figura 19. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Ha richiesto la prima visita pediatrica domiciliare entro 20 giorni dalla nascita del bambino??", anno 2007

Aziende	Si	Si, ma il pediatra non è venuto a casa	Si, ma il pediatra mi ha chiesto di andare in ambulatorio	No, perchè non sapevo di poterlo chiedere	No, non ho richiesta	N. utenti
Ausl 1 MC	19.48	5.19	25.32	39.61	10.39	154
Ausl 2 LU	38.69	1.79	10.71	30.95	17.86	168
Ausl 3 PT	24.86	3.31	9.94	43.09	18.78	181
Ausl 4 PO	27.67	1.46	14.08	40.29	16.50	206
Ausl 5 PI	52.72	1.70	7.48	21.43	16.67	294
Ausl 6 LI	21.11	1.67	6.67	51.67	18.89	180
Ausl 7 SI	10.53	3.24	7.29	55.06	23.89	247
Ausl 8 AR	23.79	1.32	15.42	37.89	21.59	227
Ausl 9 GR	2.82	0.00	0.70	82.39	14.08	142
Ausl 10 FI	16.74	1.10	8.15	57.05	16.96	454
Ausl 11 EM	74.55	2.42	5.45	8.48	9.09	165
Ausl 12 VI	28.91	6.25	16.41	35.94	12.50	128
Regione	27.89	2.20	10.17	42.73	17.01	2546

Figura 20. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Ha effettuato una visita ginecologica dopo la dimissione?", anno 2007

La visita ostetrica a domicilio è il servizio meno utilizzato, avendone usufruito il 17% delle donne a livello regionale. Anche in questo caso si nota molta disomogeneità fra le aziende: le percentuali di donne che hanno ricevuto la visita variano tra 0% e 68%. La principale motivazione per il mancato utilizzo del servizio risulta essere la disinformazione (51%) e la non necessità (42%).

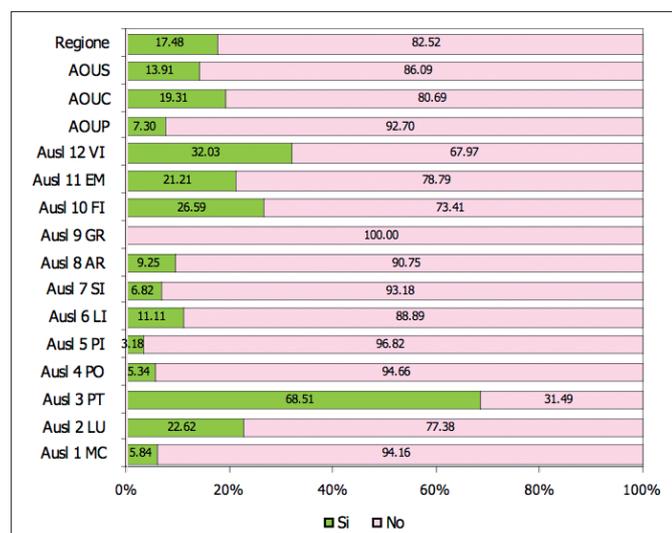


Figura 21. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Dopo il parto ha usufruito di visite ostetriche a domicilio?", anno 2007

Aziende	Si	No	N. utenti
Ausl 1 MC	5.84	94.16	154
Ausl 2 LU	22.62	77.38	168
Ausl 3 PT	68.51	31.49	181
Ausl 4 PO	5.34	94.66	206
Ausl 5 PI	5.10	94.90	294
Ausl 6 LI	11.11	88.89	180
Ausl 7 SI	10.12	89.88	247
Ausl 8 AR	9.25	90.75	227
Ausl 9 GR	0.00	100.00	142
Ausl 10 FI	23.35	76.65	454
Ausl 11 EM	21.21	78.79	165
Ausl 12 VI	32.03	67.97	128
Regione	17.48	82.52	2546

Figura 22. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Dopo il parto ha usufruito di visite ostetriche a domicilio?", anno 2007

11. I Tempi di attesa per le prestazioni di diagnostica strumentale-B14 di F. Sanna

La problematicità delle lunghe liste di attesa per le prestazioni di diagnostica è fortemente sentita a livello nazionale come testimoniato dall'ultimo rapporto PIT Salute 2007⁷ che segnala come la hit parade delle lunghe liste di attesa veda al primo posto la diagnostica (58%), seguita dalla specialistica (31%) e dagli interventi chirurgici (9%).

Uno sguardo alla letteratura scientifica evidenzia la ricerca da parte delle Società scientifiche di un uso razionale e appropriato delle tecnologie e della conseguente possibile riduzione del tempo di attesa per le prestazioni di diagnostica per immagini.

La S.I.R.M. (Società italiana di radiologia medica) ha approvato nel dicembre 2004 il documento "La diagnostica per immagini. Linee guida nazionali di riferimento"⁸ con la finalità di ricercare l'appropriatezza, contenere i tempi di attesa e ridurre i costi.

Un ulteriore aiuto proviene dal "Piano Nazionale delle linee-guida"⁹ in particolare per il contributo, dal punto di vista metodologico, dei criteri adottati per la predisposizione delle linee guida, soprattutto per il ricorso alla RMN, alla TAC o ad altre forme di indagine.

Tra i siti web europei di maggiore interesse si ricordano quelli della AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality, già AHCPR) e della ANAES (www.anaes.fr) - Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (già ANDEM-Francia) che forniscono 'Raccomandazioni per la pratica clinica' e 'Consensus Conference' sui maggiori temi clinici, diagnostici e terapeutici. Lo stesso tipo di approccio si riscontra sui siti dell'NHS R&D HTA (www.hta.nhsweb.nhs.uk) (Health Technology Assessment Programme-Inghilterra), banca Dati contenente Rapporti di Technology Assessment prodotti dall'HTA e su quello del NICE (www.nice.org.uk) - (National Institute of Clinical Excellence - Inghilterra), Special Health Authority del NHS inglese per la produzione di Linee Guida Cliniche, rapporti di technology Assessment e Clinical audit.

Dal punto di vista internazionale l'apporto più significativo, è l'esperienza canadese della Western Canada Waiting List Project¹⁰ che consorza associazioni professionali mediche, autorità regionali di sanità pubblica, centri di ricerca,

⁷ Rapporto PIT Salute 2007, in www.cittadinanzaattiva.it

⁸ www.sirm.org

⁹ www.pnlg.it

¹⁰ www.wcw.org

autorità sanitarie del governo centrale canadese, riunite nel comune tentativo di individuare un condiviso orientamento per il management delle liste d'attesa. Relativamente al governo della "MRI" (Risonanza magnetica nucleare) si evidenzia la sezione dedicata ai criteri di priorità. La WCWL ha selezionato una griglia che si compone di 7 item¹¹ che esplora, per il segmento anatomico per il quale si richiede la esecuzione della indagine, un carattere generale comune ad ogni forma morbosa (es.: intensità del dolore, durata della malattia, tempo probabile di evoluzione, la significatività dell'esame ecc.) e richiede al compilatore la attribuzione di un punteggio. La somma dei punteggi è legata alla priorità di esecuzione dell'indagine¹².

Il Ministero della Sanità Neozelandese, invece, sta cercando di rendere pubblici i criteri di definizione delle priorità cliniche anche per la diagnostica per immagini¹³.

La DGRT 867/2006 prevede l'erogazione di alcune prestazioni sanitarie di diagnostica per immagini in un tempo massimo di 30 giorni.

Le prestazioni oggetto della delibera summenzionata si distinguono in 6 gruppi: RX con mezzo di contrasto, Rx con mezzo di contrasto cardio vascolari, RX scheletro e diretta d'organo, RX stratigrafie, Ecografia internistica, Ecografia ostetrico-ginecologica, per un totale di 113 prestazioni.

L'indagine, iniziata nel mese di Marzo 2007 ha fotografato una buona capacità delle aziende di raggiungere l'obiettivo riportando una media regionale pari all'85%¹⁴. Anche per le prestazioni di diagnostica si evidenziano i risultati raggiunti dall'Ausl 9 di Grosseto (100%) e dall'Ausl 8 di Arezzo (99%)¹⁵.

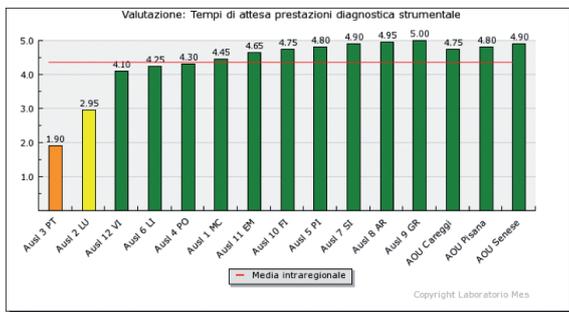


Fig. 1 Percentuale raggiungimento obiettivo regionale per le prestazioni di diagnostica per immagini, anno 2007

Definizione:	Tempi di attesa per prestazioni sanitarie di diagnostica strumentale.
Note per l'elaborazione:	L'indicatore calcola il tempo di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie di diagnostica strumentale in base alla DGRT num. 867/2006. L'obiettivo regionale è fissato in 30 giorni.
Fonte:	Dati inviati dalle Aziende Sanitarie Toscane
Parametro di riferimento:	DGRT 867/2006

Fig. 2 Scheda indicatore, tempi di attesa prestazioni diagnostica per immagini

Quali sono le prestazioni che hanno un tempo di attesa superiore a 60 giorni, il doppio rispetto all'obiettivo individuato dal legislatore regionale?

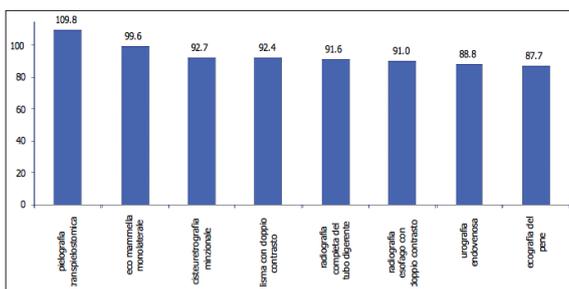


Fig. 3 Le prime 8 prestazioni di diagnostica per immagini con un TA > 60 giorni, anno 2007

Il grafico riporta le prime 8 prestazioni più critiche: la pielografia con un tempo di attesa medio di 109,8 giorni, la eco mammella monolaterale con un tempo di attesa medio di 99, 6, la cisteurografia minzionale con un tempo di

¹¹ http://www.wcwl.org/tools/mri_scanning/

¹² F.Sanna, "B3-La valutazione dei tempi di attesa" in "La valutazione delle performance in sanità"

¹³ <http://www.electiveservices.govt.nz/index.html>

¹⁴ Si consideri che la Ausl 10 di Firenze qualora il tempo di attesa relativo ad una prestazione diagnostica ecceda i 30 giorni invia l'utente in una struttura convenzionata con la Ausl che garantisce l'erogazione della prestazione entro il tempo massimo previsto dalla delibera regionale.

¹⁵ Fasce di valutazione B14: verde: prestazione erogata entro 30 giorni di attesa- verdino: prestazione erogata dai 31 ai 40 giorni- giallo: prestazione erogata dai 41 ai 50 giorni- arancione: prestazione erogata dai 51 ai 60 giorni- rosso: prestazione erogata oltre i 50 giorni di attesa.

attesa medio di 92,7 giorni, il clisma doppio con contrasto con un tempo di attesa medio di 92,4 giorni, la radiografia completa del tubo digerente con un tempo di attesa medio di 91,6, la radiografia dell'esofago con doppio contrasto con un tempo di attesa medio con 91 giorni, la urografia endovenosa con 88,8 giorni e la ecografia del pene con un tempo di attesa medio di 87,7 giorni.

Tra le prestazioni che, invece, riportano un tempo di attesa inferiore a 30 giorni, si è scelto di mettere in evidenza 8 prestazioni di cui quattro che hanno riportato il tempo di attesa medio più basso e quattro che hanno riportato il tempo di attesa medio più alto tra quelle erogate entro 30 giorni.

Dal grafico sottostante risulta che fanno parte del primo gruppo: la flebografia spinale, la flebografia orbitaria, la aortografia e l'aortografia addominale con un tempo di attesa medio da 1,6 giorni a 2,7 giorni di attesa; compongono la seconda classe di prestazioni la eco muscolo tendinea, l'eco cute e tessuto sottocutaneo, la cistografia con doppio contrasto e la colangiografia intravenosa, con un tempo di attesa medio da 10.5 a 11.4 giorni.

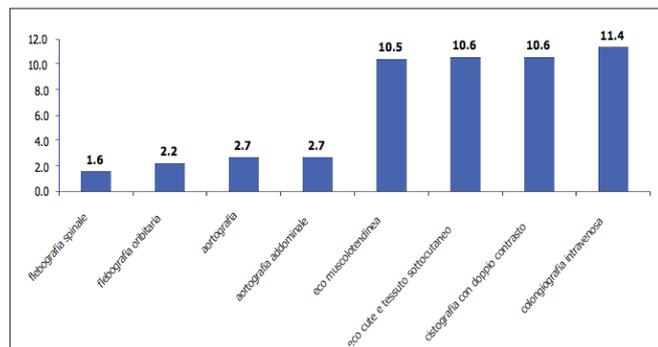


Fig. 4 Prestazioni di diagnostica per immagini con un TA<30 giorni, anno 2007

12. Le attività di ricerca di S. Barsanti

All'interno del sistema di valutazione è stato sviluppato nel 2006 un indicatore (B15), limitatamente alle AOU, al fine di poter monitorare la produzione scientifica realizzata nel corso dell'anno di riferimento da tali aziende, sia in termini quantitativi che qualitativi. Tale indicatore considera tre aspetti fondamentali dell'attività di ricerca in campo sanitario ed universitario:

1. le sperimentazioni cliniche (SC);
2. le pubblicazioni in riviste scientifiche internazionali;
3. i brevetti.

La procedura di calcolo e di valutazione di tale indicatore è attualmente in fase di condivisione con le Direzioni Aziendali. I dati saranno pubblicati sul sito non appena disponibili.