

PARTE III

LA VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ DI PERSEGUIMENTO DELLE STRATEGIE REGIONALI

A cura di S. Barsanti

INTRODUZIONE

L'area di valutazione del conseguimento delle strategie regionali (area B) ha lo scopo di valutare le capacità delle aziende sanitarie di perseguire gli orientamenti strategici di indirizzo regionale. Gli indicatori compresi in questa dimensione si modificano in parte ogni anno in linea con le priorità indicate dalla Regione. In particolare, il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 propone 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 2008 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 di ricovero ospedaliero, 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 e quelle di comunicazione delle aziende;
- 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 2008-2010, come quello precedente, 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.

La Regione si pone obiettivi specifici da raggiungere entro il 2010 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, si 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 a partire dal 2008 il ricorso al ricovero ospedaliero per titolo di studio del paziente.

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.

Rispetto al 2007, due sono i nuovi indicatori inseriti in tale dimensione: l'indicatore B10 relativo alla soddisfazione dei pazienti nei servizi di ricovero ospedaliero e l'indicatore B16 relativo alla comunicazione e partecipazione dei cittadini.

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

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

- flussi sanitari regionali (si vedano ad esempio gli indicatori B11 e B12 relativi alla complessità e alla mobilità per le AOU),
- indagini 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 2008, così come per l'anno 2007, gli indicatori dell'area B si concentrano quasi tutti nelle fasce di valutazione verdi, ottenendo quindi performance buone o ottime. Sono invece in fascia gialla quegli indicatori in cui si rileva la soddisfazione dei pazienti, ovvero le strategie per il controllo del dolore, l'organizzazione del ricovero e la comunicazione e partecipazione del cittadino.

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 l'organizzazione del ricovero.

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

1. TEMPI DI ATTESA PER VISITE SPECIALISTICHE: LE 7 PRESTAZIONI AMBULATORIALI – B3 *di F. Sanna*

Il Piano Sanitario Regione Toscana 2008-2010, al punto 6.9 intitolato "Visite specialistiche: un obiettivo di qualità" prevede 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)¹ 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 e dal mese di marzo 2007 le aziende hanno iniziato ad inviare al Laboratorio MeS i dati delle liste di attesa in un giorno del mese casuale 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 2008 ha rilevato una capacità di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali entro 15 giorni in circa il 93,6% dei casi.

¹ Sono integrati i CUP: AUSL 5-AOUP; AUSL 10-AOUC; AUSL 7- AOUS

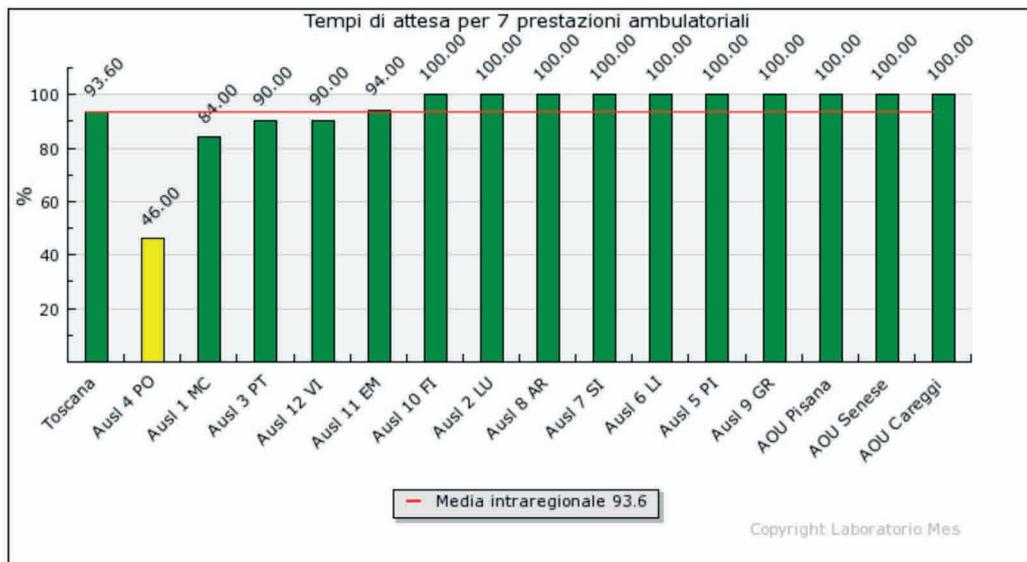


Fig. 1. Valutazione tempi di attesa 7 prestazioni ambulatoriali, anno 2008

Azienda di erogazione	anno 2007	anno 2008
AUSL 1 MC	100%	84%
AUSL 2 LU	98%	100%
AUSL 3 PT	87%	90%
AUSL 4 PO	93%	46%
AUSL 5 PI- AOU Pisana	100%	100%
AUSL 6 LI	97%	100%
AUSL 7 SI- AOU Senese	97%	100%
AUSL 8 AR	100%	100%
AUSL 9 GR	100%	100%
AUSL 10 FI- AOU Careggi	100%	100%
AUSL 11 EM	100%	94%
AUSL 12 VI	98%	90%

Regione Toscana	98%	94%
-----------------	-----	-----

Fig. 2. Trend valutazione tempi di attesa 7 prestazioni ambulatoriali, anno 2007-2008

In particolare, si evidenziano i risultati conseguiti dall'Ausl 10 di Firenze-Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Ausl 2 di Lucca, Ausl 8 di Arezzo, Ausl 7 di Siena- Azienda Ospedaliera Universitaria di Siena, Ausl 6 di Livorno, Ausl 5 di Pisa-Azienda Ospedaliera Universitaria di Pisa, Ausl 9 di Grosseto che hanno conseguito un risultato pari al 100%.

Nonostante le aziende dimostrino una buona capacità di raggiungere l'obiettivo regionale, il trend degli anni 2007-2008 evidenzia un lieve peggioramento: la capacità di raggiungimento dell'obiettivo regionale è stata, infatti, nell'anno 2007 del 97,8%.

Le criticità maggiori si evidenziano per la specialità ambulatoriale dell'ortopedia, il cui tempo di attesa medio oscilla dai 31, 36 giorni a 1,45 giorni come è dimostrato nel grafico sottostante.

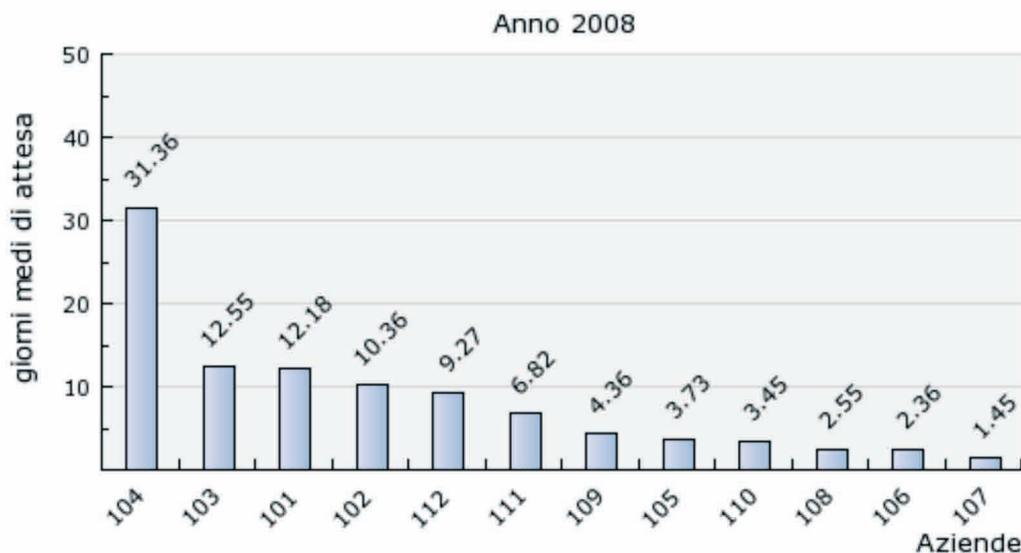


Fig. 3. Tempi medi di attesa per ortopedia, anno 2008

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

Con il Piano Sanitario Regionale 2005-2007 (progetto speciale regionale per il controllo e la cura del dolore) veniva dichiarato il diritto di ogni cittadino di non provare dolore inutile e venivano individuati obiettivi specifici per migliorare la gestione del dolore sia a livello ospedaliero che a livello territoriale. I principali obiettivi facevano riferimento alla valutazione del dolore nei reparti (compreso il Pronto Soccorso) mediante misurazioni sistematiche, all'aumento del consumo di farmaci oppioidi e all'attuazione di programmi di formazione/informazione per accrescere la consapevolezza di questo diritto fondamentale negli operatori sanitari e nei cittadini. Il nuovo Piano Sanitario Regionale 2008-2010 rimarca fortemente tale principio – proponendo l'adozione della definizione di dolore come "quinto parametro vitale" – e consolida le strategie già poste in essere, anche alla luce di alcune difficoltà riscontrate nello sviluppo di protocolli di intervento nei reparti e nella diffusione della cultura del dolore nel territorio.

L'indicatore B4 risponde dunque alla necessità di verificare l'attuazione di alcuni degli indirizzi programmatici regionali contenuti nel PSR 2008-2010 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.

L'indicatore nel corso degli anni di valutazione si è arricchito nella sua struttura: risulta quindi più opportuno comparare il trend specifico dei sottoindicatori. La tabella seguente mostra la struttura dell'indicatore per gli anni 2006, 2007 e 2008.

Sottoindicatori	2006	2007	2008
Consumo farmaci oppioidi erogati nelle farmacie territoriali	x	x	x
Consumo farmaci oppioidi distribuiti direttamente	x	x	x
Consumo di morfina			x
Gestione del dolore: utenti PS	x	x	x
Gestione del dolore: utenti ricoveri	x		x

Fig. 1. Strategie per il controllo del dolore: modifiche struttura

Per quanto riguarda le informazioni relative agli utenti ricoverati si può consultare il Report 2006, essendo l'indagine realizzata ogni 3 anni. La figura 2 mostra la struttura dell'indicatore B4 per il 2008.

Descrizione	Performance	Anno indicatore
B - Strategie per il controllo del dolore	2.10	2008

Fonte dei dati: Settore farmaceutica/Indagine telefonica - Laboratorio MES

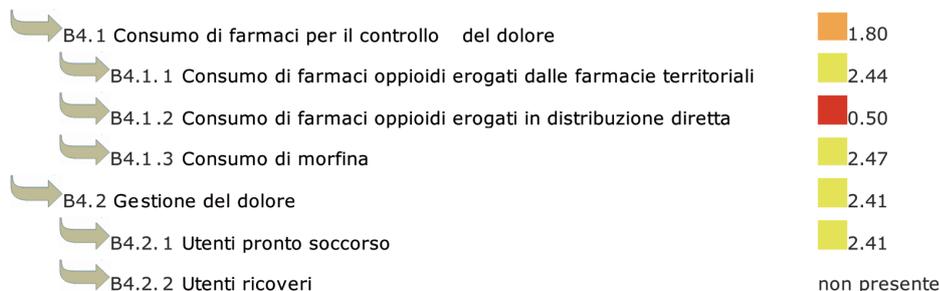


Fig. 2. Struttura ad albero, Strategie per il controllo del dolore

Il quadro complessivo a livello regionale appare scarso, con una valutazione media di 2,10. Le aziende che ottengono i migliori risultati sono la AOU Meyer, la AUSL 2 di Lucca e la AUSL 8 di Arezzo.

2.1. Consumo di farmaci oppioidi – B4.1

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. 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.

Secondo il 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).

Per questi motivi l'indicatore, oltre alla misurazione dei farmaci oppioidi erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e distribuiti direttamente, include per il 2008 anche la rilevazione del consumo di morfina. I dati provengono dal Settore Farmaceutica, del Dipartimento Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana.

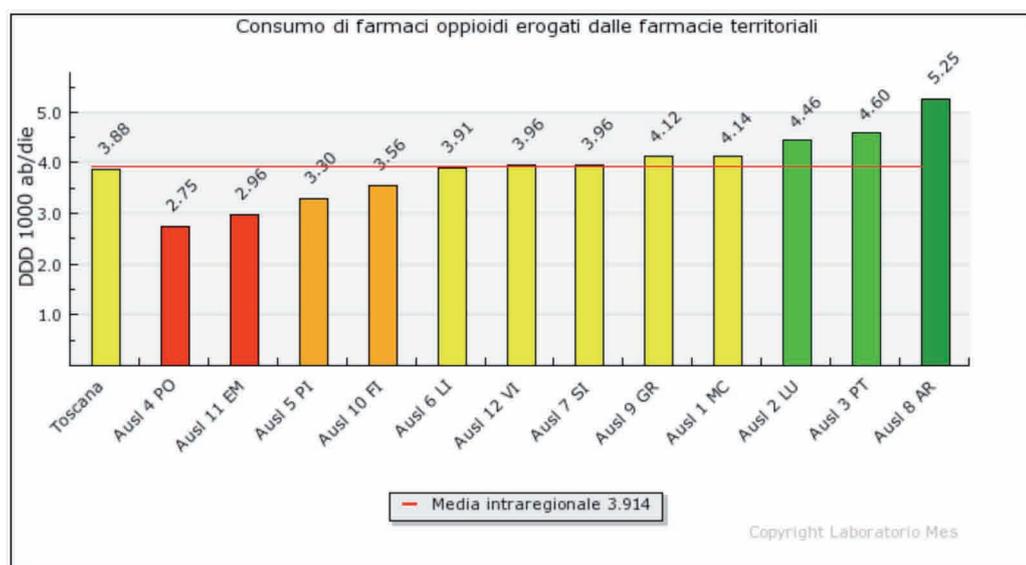


Fig. 3. Valutazione del consumo farmaci oppioidi erogati dalle farmacie territoriali, anno 2008

Azienda Erogatrice	OPPIOIDI: DDD PER 1000 ABITANTI DIE	Numero confezioni erogate
AUSL 1 MC	4,15	68.779
AUSL 2 LU	4,46	88.365
AUSL 3 PT	4,60	106.540
AUSL 4 PO	2,75	59.559
AUSL 5 PI	3,31	97.562
AUSL 6 LI	3,91	117.198
AUSL 7 SI	3,96	80.573
AUSL 8 AR	5,26	146.492
AUSL 9 GR	4,13	71.080
AUSL 10 FI	3,57	250.133
AUSL 11 EM	2,96	56.380
AUSL 12 VI	3,97	57.200
Regione Toscana	3,89	1.199.861

Fig. 4. Consumo farmaci oppioidi erogati dalle farmacie territoriali, anno 2008

2.1.1. Consumo di farmaci oppioidi erogati tramite le farmacie territoriali – B4.1.1

Nell' anno 2008 il consumo di oppioidi erogati tramite le farmacie territoriali è compreso tra 2,75 e 5,25 DDD per 1000 abitanti al giorno, con una media regionale di 3,88 DDD per 1000 ab/die e un trend in crescita per tutte le aziende.

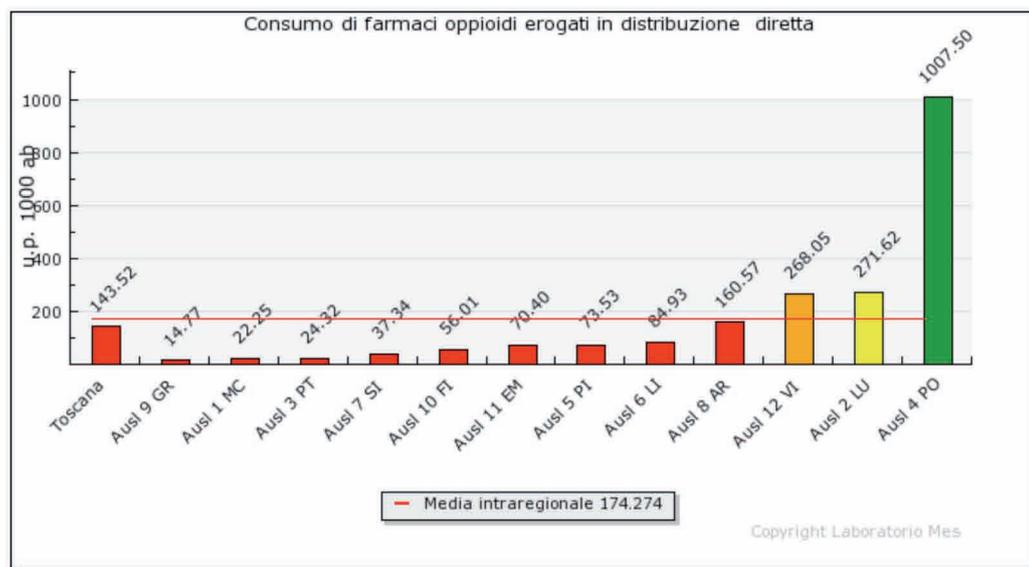


Fig. 5. Valutazione del consumo farmaci oppioidi distribuiti direttamente, anno 2008

Azienda di residenza	OPPIOIDI: Unità Posologiche per 1000 residenti	OPPIOIDI: unità posologiche erogate	Popolazione Gennaio 2008 pesata con criteri PSR 2008-2010
AUSL 1 MC	22,25	4.601	206.768
AUSL 2 LU	271,62	59.789	220.118
AUSL 3 PT	24,32	6.857	281.946
AUSL 4 PO	1007,50	227.910	226.213
AUSL 5 PI	73,54	24.055	327.105
AUSL 6 LI	84,93	30.439	358.386
AUSL 7 SI	37,35	10.250	274.432
AUSL 8 AR	160,58	54.078	336.777
AUSL 9 GR	14,77	3.437	232.690
AUSL 10 FI	56,02	46.064	822.327
AUSL 11 EM	70,41	15.794	224.320
AUSL 12 VI	268,05	44.488	165.966
Regione Toscana	143,53	527.762	3.677.048

Fig. 6. Consumo farmaci oppioidi distribuiti direttamente, anno 2008

2.1.2. Consumo di farmaci oppioidi erogati direttamente – B4.1.2

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 2008-2010). Eccezion fatta per la AUSL 4 di Prato (con 1007,50 unità posologiche per 1000 abitanti), nell' anno 2008 il consumo di oppioidi distribuiti direttamente è compreso tra 14,77 u.p. e 271 u.p. per 1000 abitanti, con una media regionale di 143,52 u.p. per 1000 abitanti.

Il trend è in miglioramento per tutte le aziende, con i maggiori incrementi nei consumi relativi alla AUSL 4 di Prato, alla AUSL 2 di Lucca, alla AUSL12 della Versilia e la AUSL 8 di Arezzo. Questi risultati, insieme a quelli del precedente sottoindicatore, denotano una risposta positiva da parte delle aziende sanitarie agli indirizzi programmatici regionali.

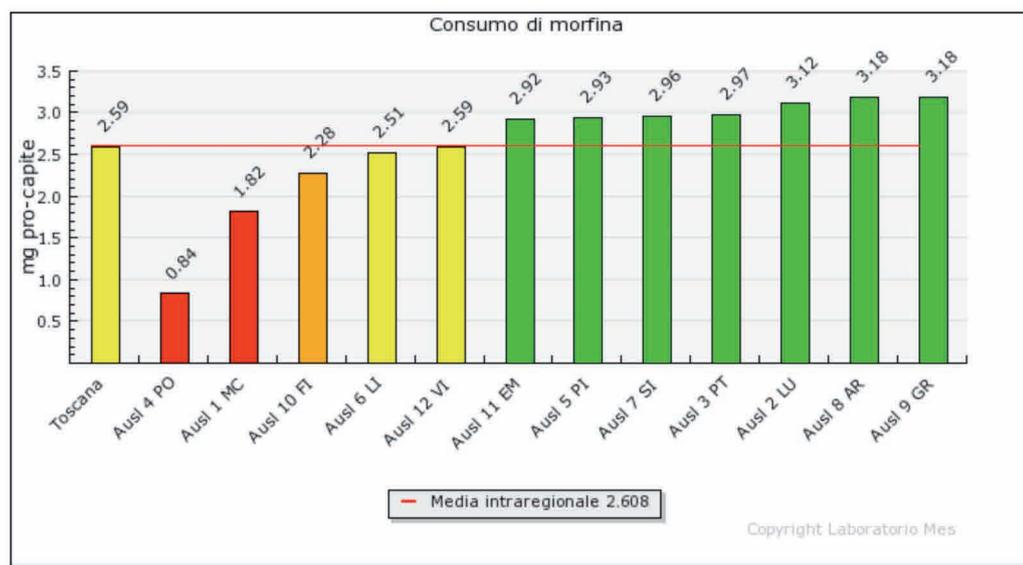


Fig. 7. Valutazione del consumo di morfina, anno 2008

Azienda Erogatrice	MORFINA: Milligrammi pro-capite	MORFINA: Milligrammi	Popolazione Gennaio 2008 pesata con criteri PSR 2008-2010
AUSL 1 MC	1,82	376.626	206.768
AUSL 2 LU	3,12	687.372	220.118
AUSL 3 PT	2,97	838.730	281.946
AUSL 4 PO	0,85	191.265	226.213
AUSL 5 PI	2,93	959.274	327.105
AUSL 6 LI	2,52	901.777	358.386
AUSL 7 SI	2,97	813.701	274.432
AUSL 8 AR	3,18	1.071.908	336.777
AUSL 9 GR	3,18	740.855	232.690
AUSL 10 FI	2,29	1.881.712	822.327
AUSL 11 EM	2,92	655.730	224.320
AUSL 12 VI	2,59	430.345	165.966
Regione Toscana	2,60	9.549.294	3.677.048

Fig. 8. Consumo di morfina, anno 2008

2.1.3. Consumo di morfina – B4.1.3

Il consumo di morfina è calcolato in milligrammi pro-capite (popolazione pesata secondo i criteri riportati nel PSR 2008-2010). I valori delle aziende sono ancora lontani dalla soglia minima regionale, ovvero 7 mg pro-capite, e rientrano tra i 3,18 mg pro-capite della AUSL 9 di Grosseto e gli 0,84 mg pro-capite della AUSL 4 di Prato. Quest'ultima azienda, insieme alla AUSL 1 di Massa Carrara, rappresentano le due realtà che più si discostano da un contesto che presenta valori abbastanza omogenei.

2.2. Gestione del dolore – B4.2

Prendersi cura del dolore non è più solo un dovere etico, ma negli ultimi anni è diventato un obiettivo cruciale per i sistemi sanitari. Il dolore è riconosciuto come un fenomeno patologico che incide pesantemente sulla vita dei pazienti, non solo in termini clinici, ma anche sociali. Educare gli operatori e gli stessi cittadini alla corretta gestione del dolore può di fatto ridurre tali effetti e rendere migliore la vita dei pazienti affetti da qualsiasi tipo di dolore (cronico, post-operatorio, ecc.). Prima di intervenire con terapie, è fondamentale che gli operatori ascoltino il paziente e quale percezione hanno del dolore che provano in quel momento. Il paziente dunque ha un ruolo attivo e indispensabile nella gestione del dolore.

Sulla base di queste premesse, nei questionari somministrati ai pazienti del pronto soccorso e dei reparti ospedalieri della regione Toscana nel corso delle indagini del 2008 sono stati inseriti degli items sul tema del dolore e in particolare sull'attenzione dedicata dagli operatori alla sua gestione.

Il controllo del dolore per i pazienti del pronto soccorso – B4.2.1

La gestione del dolore per gli utenti del pronto soccorso è uno degli elementi di criticità più forti emersi nel corso dell'indagine del 2008: per 14 aziende su 16 si registrano performance medie (fascia gialla) mentre è buona (fascia gialla) la performance della AOU Meyer e scarsa (fascia arancione) quella della Ausl 5 di Pisa.

Alla domanda "Pensa che il personale del Pronto Soccorso abbia fatto quanto possibile per attenuare il dolore?" a cui hanno risposto i pazienti che durante la permanenza in Pronto Soccorso hanno provato dolore, il 32.8% dei rispondenti sostiene che il personale ha fatto poco o molto poco per attenuare il dolore che provava, con un'oscillazione tra le aziende che varia tra il 21.7% dell'AOU Meyer e il 40.8% della Ausl 4 di Prato.

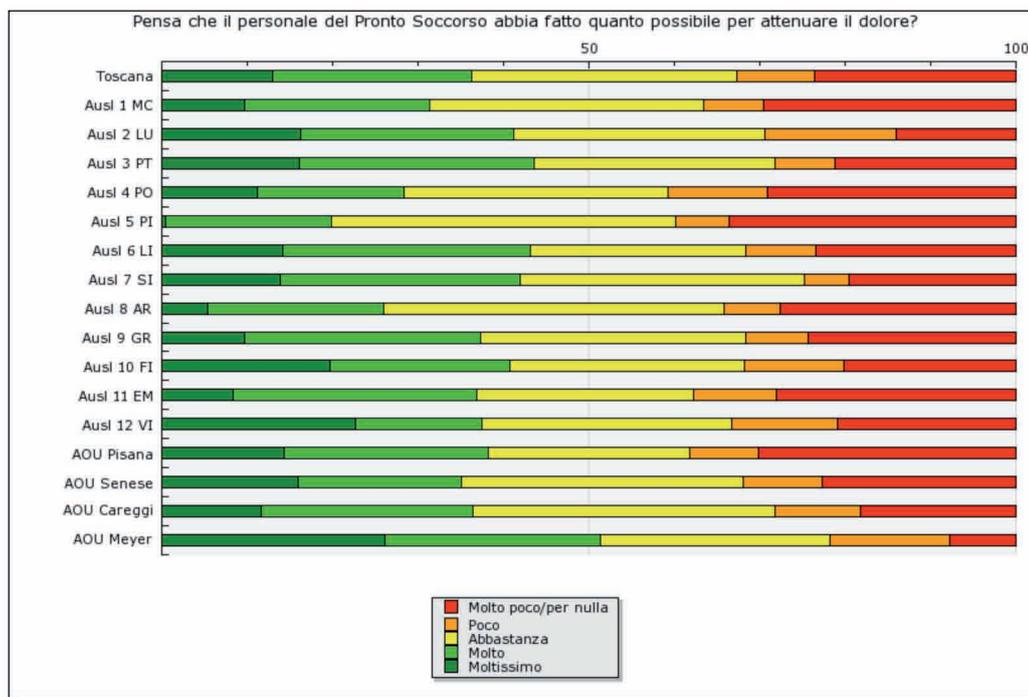


Fig. 9. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Pensa che il personale del Pronto Soccorso abbia fatto quanto possibile per attenuare il dolore?", anno 2008

Pensa che il personale del Pronto Soccorso abbia fatto quanto possibile per attenuare il dolore?							
Azienda	Moltissimo	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco/ per nulla	N. osservazioni	Valutazione
Ausl 1 MC	9,69	21,59	32,16	7,05	29,52	227	2,19
Ausl 2 LU	16,29	24,89	29,41	15,38	14,03	221	2,68
Ausl 3 PT	16,18	27,39	28,22	7,05	21,16	241	2,63
Ausl 4 PO	11,16	17,17	30,9	11,59	29,18	233	2,12
Ausl 5 PI	0,47	19,43	40,28	6,16	33,65	211	1,84
Ausl 6 LI	14,1	29,06	25,21	8,12	23,5	234	2,53
Ausl 7 SI	13,82	28,05	33,33	5,28	19,51	246	2,64
Ausl 8 AR	5,41	20,51	39,89	6,55	27,64	351	2,12
Ausl 9 GR	9,64	27,71	31,02	7,23	24,4	332	2,39
Ausl 10 FI	19,66	21,07	27,53	11,52	20,22	356	2,61
Ausl 11 EM	8,33	28,51	25,44	9,65	28,07	228	2,24
Ausl 12 VI	22,69	14,81	29,17	12,5	20,83	216	2,58
AOU Pisana	14,29	23,98	23,47	8,16	30,1	196	2,30
AOU Senese	15,98	19,07	32,99	9,28	22,68	194	2,45
AOU Careggi	11,6	24,86	35,36	9,94	18,23	181	2,52
AOU Meyer	26,09	25,22	26,96	13,91	7,83	115	3,01
Toscana	12,96	23,32	30,96	9,1	23,66	3782	2,41

Fig. 10. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Pensa che il personale del Pronto Soccorso abbia fatto quanto possibile per attenuare il dolore?" e Performance aziendale, anno 2008

Non è possibile confrontare il dato del 2008 con quello registrato l'anno precedente avendo modificato la formulazione del quesito.

Il controllo del dolore per i pazienti ospedalieri – B4.2.2

Le valutazioni dei degenti ospedalieri sulla gestione del dolore è ottima in tutte le aziende sanitarie toscane, con una performance regionale pari a 4.75 (fascia verde scuro). Superano sempre il 91% gli intervistati che dichiarano che il personale sanitaria ha sempre fatto il possibile per controllare il dolore, con punte del 95% per la Ausl 2 di Lucca e per la AOU Pisana e del 96,5% per la Fondazione Monasterio. Mentre nelle Ausl 10 di Firenze e 7 di Siena sono quasi il 9% i pazienti per i quali il personale ha fatto il possibile per gestire il suo dolore solo qualche volta o mai.

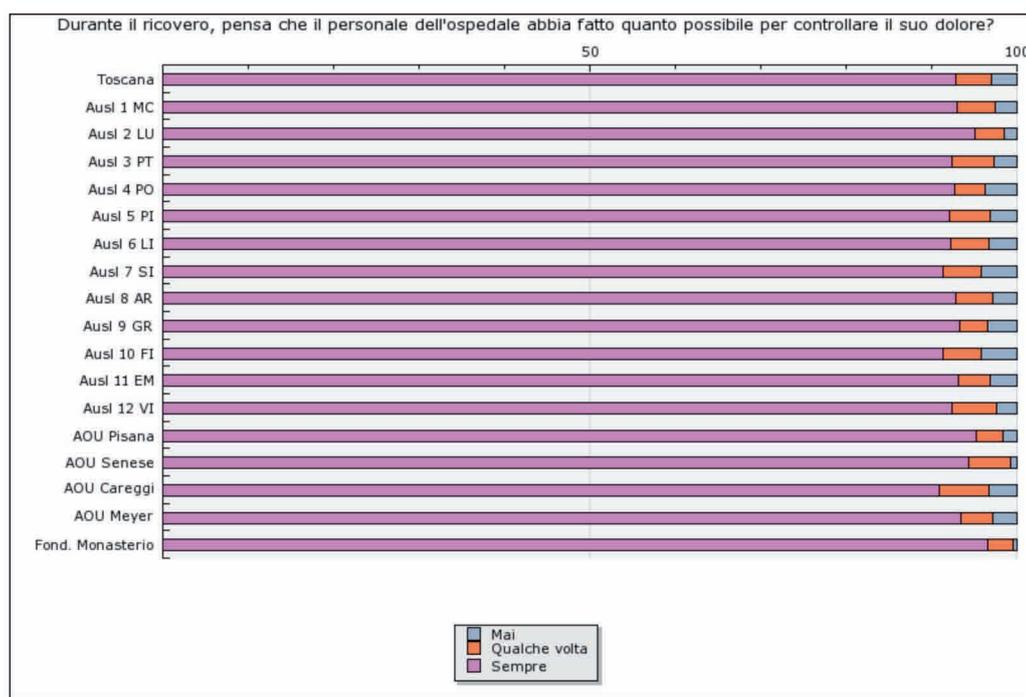


Fig. 11. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Durante il ricovero, pensa che il personale dell'ospedale abbia fatto quanto possibile per controllare il suo dolore?", anno 2008

Durante il ricovero, pensa che il personale dell'ospedale abbia fatto quanto possibile per controllare il suo dolore?					
Azienda	Sempre	Qualche volta	Mai	N. osservazioni	Valutazione
Ausl 1 MC	92,94	4,55	2,51	637	4,76
Ausl 2 LU	95,01	3,42	1,58	761	4,84
Ausl 3 PT	92,39	4,96	2,65	867	4,74
Ausl 4 PO	92,65	3,68	3,68	408	4,72
Ausl 5 PI	92,06	4,76	3,17	567	4,72
Ausl 6 LI	92,24	4,51	3,25	1353	4,72
Ausl 7 SI	91,4	4,42	4,18	837	4,68
Ausl 8 AR	92,88	4,34	2,78	1404	4,75
Ausl 9 GR	93,24	3,32	3,44	814	4,75
Ausl 10 FI	91,3	4,48	4,22	1115	4,68
Ausl 11 EM	93,14	3,78	3,07	423	4,75
Ausl 12 VI	92,4	5,15	2,45	408	4,75
AOU Pisana	95,22	3,11	1,67	418	4,84
AOU Senese	94,39	4,81	0,8	374	4,84
AOU Careggi	90,85	5,87	3,29	426	4,69
AOU Meyer	93,42	3,68	2,89	380	4,76
Fond. Monasterio	96,52	3,04	0,43	230	4,9
Toscana	92,77	4,29	2,94	11422	4,75

Fig. 12. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Durante il ricovero, pensa che il personale dell'ospedale abbia fatto quanto possibile per controllare il suo dolore?" e Performance aziendale, anno 2008

3. ESTENSIONE ED 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 [Grazzini, 2007]:

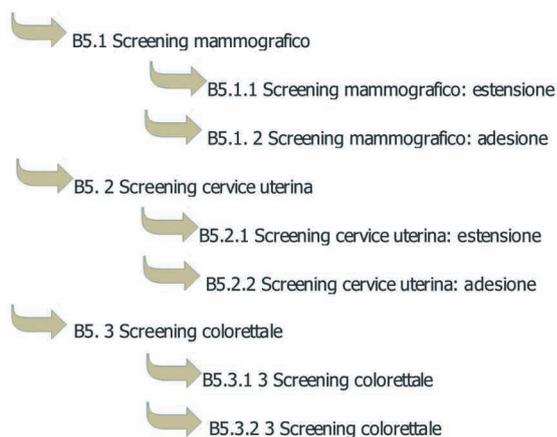
- La diagnosi precoce del cervico-carcinoma mediante Pap-test, per le donne comprese fra i 25 e i 64 anni

- 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 coloretale. Su tali programmi, considerando sia l'estensione, sia l'adesione, è stato costruito l'indicatore B5.

Descrizione	Media Regionale	Anno indicatore
B5 - Estensione ed adesione agli screening oncologici	3.34	2008

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. Nella valutazione sono stati fissati degli obiettivi intermedi annuali.

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

Tanto per lo screening mammografico, che per quello della cervice uterina deve considerarsi come critica (fascia colore rosso) un'estensione inferiore all'80% (il dato va letto su due anni nel primo caso e su tre anni nel secondo caso); per lo screening coloretale si inizia a parlare di criticità (fascia colore arancione) per valori inferiori al 60% (questo dato deve perseguirsi in un biennio); per gli obiettivi di adesione si prevedono soglie ottimali del 70% per lo screening mammografico e coloretale e del 60% per lo screening della cervice uterina. I dati elaborati provengono dal "Rapporto sugli screening della Regione Toscana" ottavo rapporto, a cura dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica e si riferiscono all'anno 2008.

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, pur non avendo raggiunto ancora completamente gli obiettivi fissati sul PSR. 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.

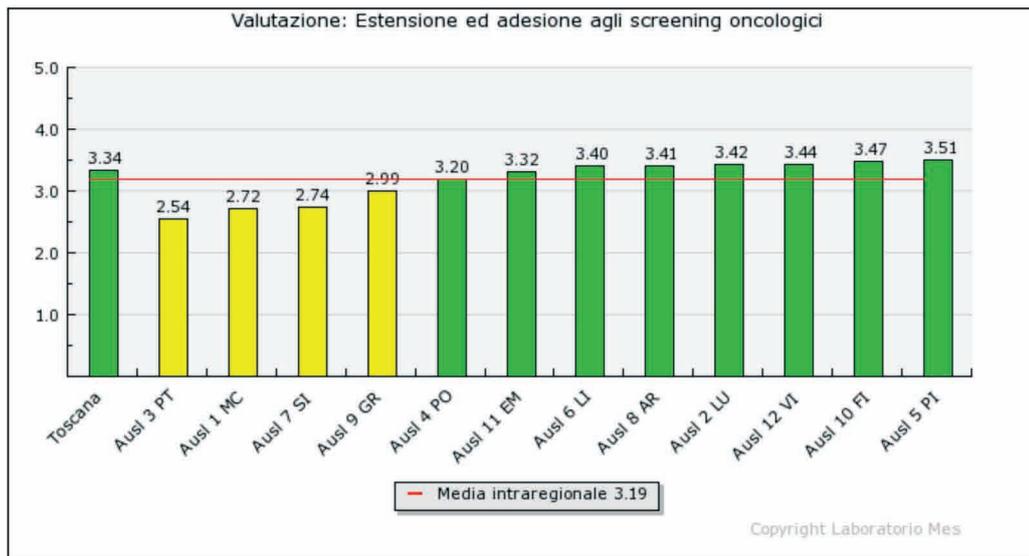


Fig. 2. La valutazione per gli screening oncologici, 2008

Nessuna azienda mostra performance critiche: nessun punteggio, infatti, cade in fascia arancione o rossa.

3.1. Gli screening mammografici – B5.1

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 2007-2008 è stata di circa l'87%, con un lieve miglioramento rispetto agli anni precedenti. Si registrano, però, ancora forti differenze tra aziende sanitarie: si varia, infatti, dal 71% della AUSL 4 di Prato al 96% della AUSL 2 di Lucca.

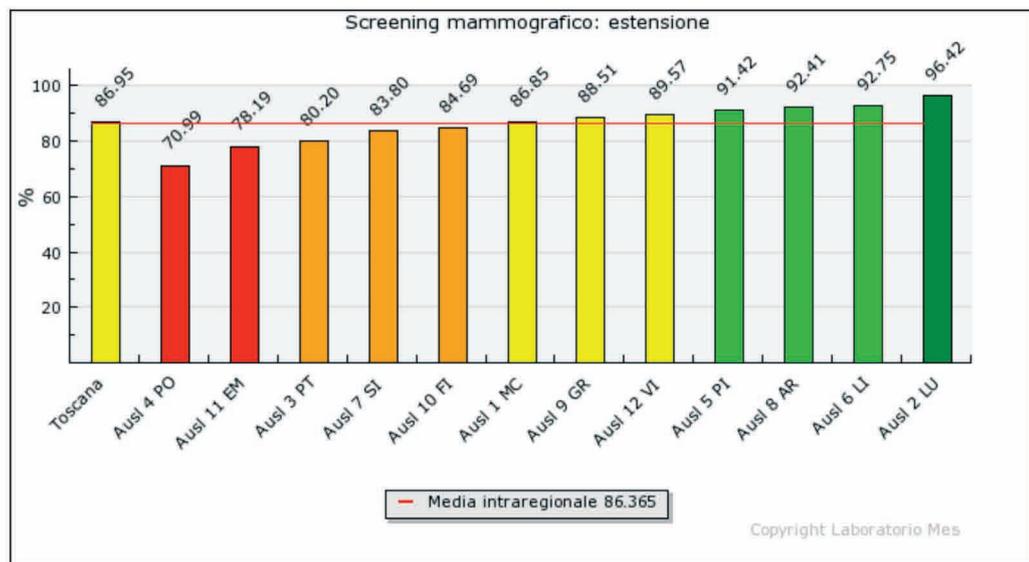


Fig. 3. Valutazione estensione screening mammografici, anno 2008

Aziende	Estensione					Estensione Media
	Anno 2008 Età 50-69	Anno 2007 Età 50-69	Anno 2006 Età 50-69	Anno 2005 Età 50-69	Anno 2004 Età 50-69	2008-2007
ASL 1 MC	98,5	75,2	76,1	75,7	110,5	86,8
ASL 2 LU	100,2	92,6	95,4	71,1	87,9	96,4
ASL 3 PT	83,9	76,5	76,4	80,5	83,8	80,2
ASL 4 PO	82,2	59,8	113,5	64,9	116,1	71,0
ASL 5 PI	77,5	105,3	68,4	63,7	95,8	91,4
ASL 6 LI	99,7	85,8	77,8	69,7	89,8	92,8
ASL 7 SI	89,9	77,7	88,5	75,6	87,1	83,8
ASL 8 AR	91,6	93,2	91,9	77,9	68,9	92,4
ASL 9 GR	94,4	82,6	72,7	71,8	48,3	88,5
ASL 10 FI	87,0	82,4	76,4	102,7	83,5	84,7
ASL 11 EM	93,0	63,4	91,6	99,1	53,7	78,2
ASL 12 VI	96,0	83,1	107,4	92,4	83,6	89,6
Regione Toscana	90,1	83,8	83,6	81,8	83,7	86,9

Fig. 4. Trend estensione screening mammografici, anni 2008-2004

La percentuale media regionale di partecipazione al programma è di circa 69% per il 2008: soltanto l'AUSL 4 di Prato supera l'obiettivo regionale fissato all'80%.

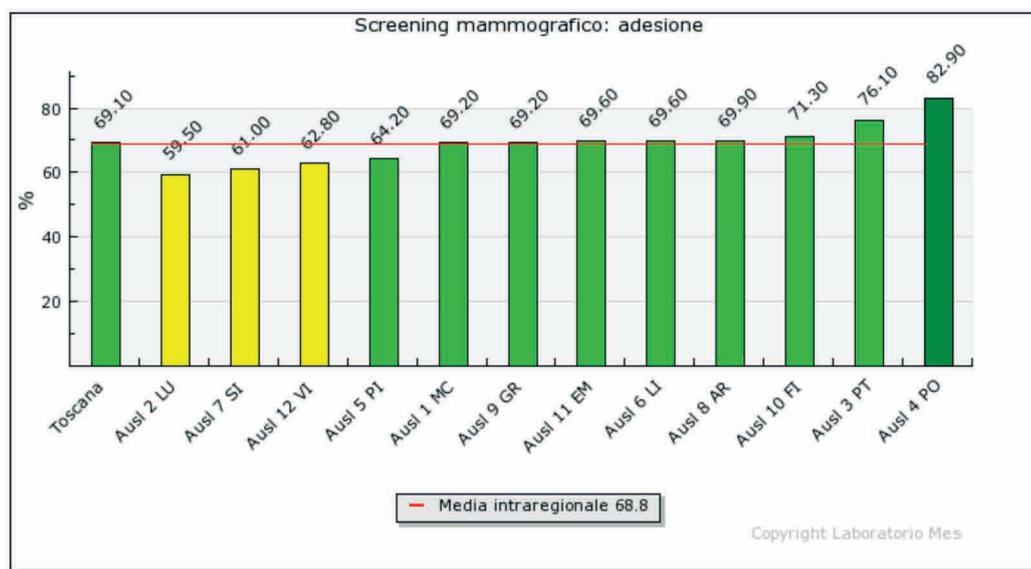


Fig. 5. Valutazione adesione screening mammografici, 2008

Azienda	Adesione corretta				
	Anno 2008 Età 50-69	Anno 2007 Età 50-69	Anno 2006 Età 50-69	Anno 2005 Età 50-69	Anno 2004 Età 50-69
ASL 1 MC	69,2	68,40	72,3	81,5	53,1
ASL 2 LU	59,5	58,14	53,9	66,7	57,6
ASL 3 PT	76,1	75,88	63	81,6	76,7
ASL 4 PO	82,9	79,82	75,8	76,5	67,9
ASL 5 PI	64,2	62,50	65,1	73,8	62,3
ASL 6 LI	69,6	71,95	74,8	65,7	60,5
ASL 7 SI	61	76,18	65,1	65,3	61,1
ASL 8 AR	69,9	62,60	69,1	73,9	72,3
ASL 9 GR	69,2	73,55	72	73,1	48,7
ASL 10 FI	71,3	71,14	73,2	71,8	72
ASL 11 EM	69,6	69,59	60,2	59,4	71,3
ASL 12 VI	62,8	66,76	63,1	65,2	57,5
Regione Toscana	69,1	69,71	68,3	71,2	63,4

Fig. 6. Trend adesione screening mammografici, anni 2008-2004

3.2. Gli screening cervice uterina – B5.2

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 2005-2008 di circa il 99,38%, migliorando rispetto al triennio precedente. 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%. Tutte le aziende mostrano una valutazione buona o molto buona.

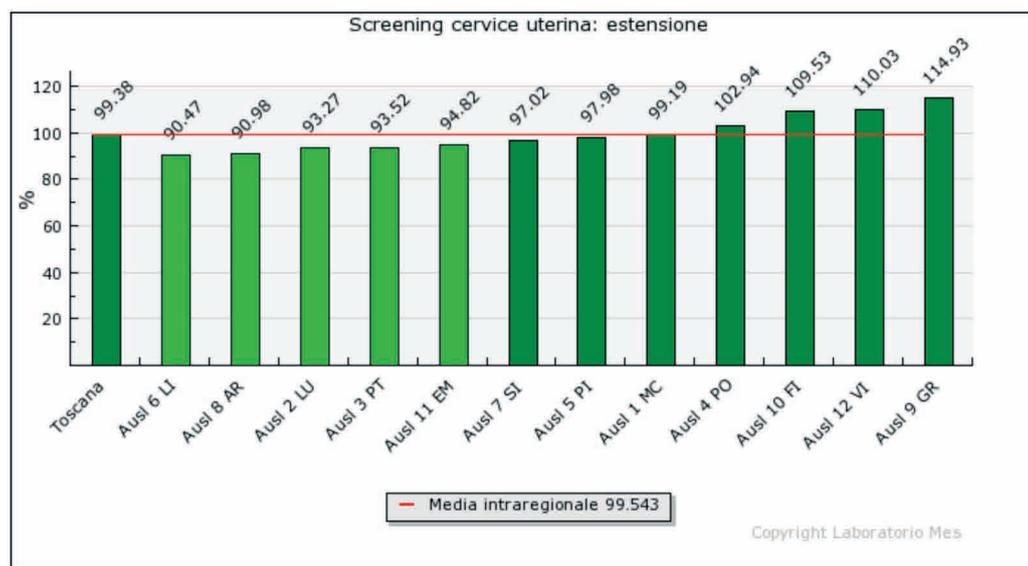


Fig. 7. Valutazione estensione screening cervice uterina, anno 2008

Azienda	Estensione Corretta					Estensione media triennio 2006 - 2008
	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	anno 2008	
ASL 1 MC	47,6	123,4	129,5	82,4	85,7	99,2
ASL 2 LU	98,7	86,3	89,2	99,3	91,3	93,3
ASL 3 PT	119,4	110,3	102,8	65,4	112,4	93,5
ASL 4 PO	159,4	76,0	91,4	106,5	110,9	102,9
ASL 5 PI	97,7	74,8	66,8	140,3	86,8	98,0
ASL 6 LI	115,2	85,7	95,1	84,0	92,3	90,5
ASL 7 SI	104,3	96,0	100,4	89,3	101,4	97,0
ASL 8 AR	40,2	61,0	88,0	87,3	97,6	91,0
ASL 9 GR	88,0	138,9	124,3	99,2	121,3	114,9
ASL 10 FI	111,7	99,8	111,6	117,0	100,0	109,5
ASL 11 EM	86,0	136,0	77,9	120,3	86,3	94,8
ASL 12 VI	81,4	105,2	109,5	115,6	105,0	110,0
Regione Toscana	98,10	95,50	98,10	101,15	98,90	99,38

Fig. 8. Trend estensione screening cervice uterina, anni 2008-2004

I dati variano dal un massimo di 114,9% di estensione per la Ausl 9 di Grosseto a ad un minimo di 90,47% della Ausl 6 di Livorno.

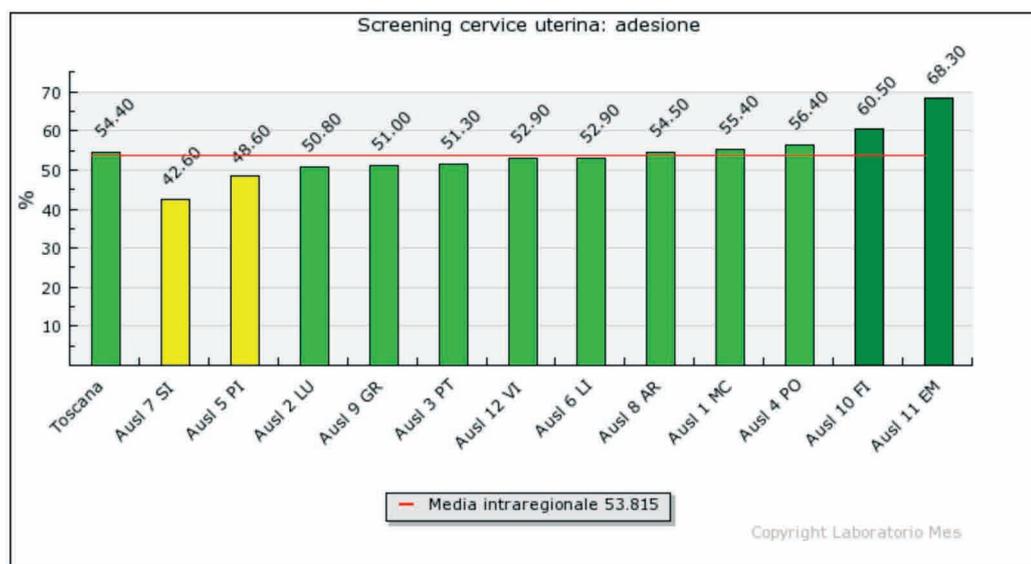


Fig. 9. Valutazione adesione screening cervice uterina, anno 2008

Azienda	Adesione corretta				
	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008
ASL 1 MC	37,7	31,8	44,6	49,5	55,4
ASL 2 LU	40,7	36,7	35,9	45,2	50,8
ASL 3 PT	53,1	46,3	41,3	55,9	51,3
ASL 4 PO	50,9	51,7	64,2	54,2	56,4
ASL 5 PI	51,6	55,4	55,8	45,3	48,6
ASL 6 LI	31,6	39,9	41,9	52,2	52,9
ASL 7 SI	39,5	41,6	43,0	42,4	42,6
ASL 8 AR	50,9	51,8	50,1	53,4	54,5
ASL 9 GR	24,2	43,6	54,0	50,4	51
ASL 10 FI	48,5	55,5	56,1	58,2	60,5
ASL 11 EM	45,5	51,3	58,7	48,5	68,3
ASL 12 VI	41,4	46,1	53,0	50,3	52,9
Regione Toscana	44,4	47,1	50,1	51,0	54,4

Fig. 10. Trend adesione screening cervice uterina, anni 2004-2008

L'adesione allo stesso programma per l'anno 2008, invece, a livello regionale è di circa il 54.40%, in netto miglioramento rispetto all'anno precedente.

Nonostante diverse aziende mostrano valori ancora piuttosto bassi, intorno al 50% di adesione, tutte le aziende sono migliorate rispetto all'anno precedente.

3.3. Gli screening coloretali – B5.3

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. Con l'attivazione dei programmi da parte di tutte le aziende l'estensione è passata dal 50% del 2005, al 65% nel 2006 fino al 69% per il 2008.

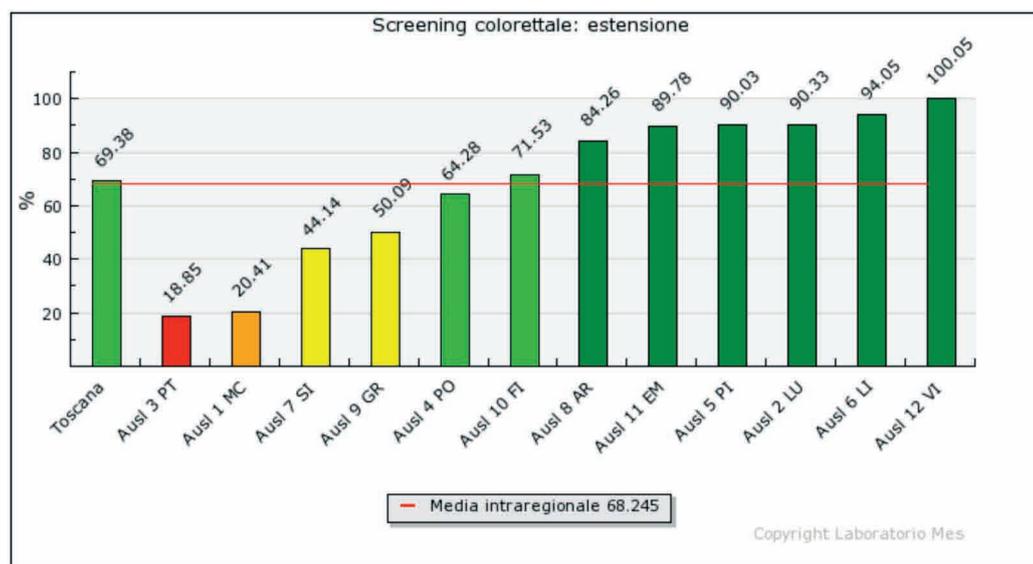


Fig. 11. Valutazione estensione screening colon-retto, anno 2008

Azienda	Estensione Corretta					Estensione Media 2007-2008
	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	
ASL 1 MC	0	0	1,4	24,82	16	20,41
ASL 2 LU	76,4	81	106,9	87,15	93,5	90,33
ASL 3 PT	8,5	33,6	17,8	24,01	13,7	18,85
ASL 4 PO	0	32,7	63	69,05	59,5	64,28
ASL 5 PI	65,6	87,2	96,4	83,16	96,9	90,03
ASL 6 LI	106,3	91,3	86,3	88,50	99,6	94,05
ASL 7 SI	0	0	12	48,28	40	44,14
ASL 8 AR	46,2	88	78,6	79,91	88,6	84,26
ASL 9 GR	0	0	0	3,48	96,7	50,09
ASL 10 FI	39,7	43,8	81,9	72,97	70,1	71,53
ASL 11 EM	72,6	103,8	84,9	85,35	94,2	89,78
ASL 12 VI	0	0	99,5	104,70	95,4	100,05
Regione Toscana	39,0	50,4	65,0	66,25	72,50	69,38

Fig. 12. Trend estensione screening colon-retto, anno 2004-2008

Alcune aziende non riescono ancora a garantire nel biennio l'invito alla metà della popolazione target. Soltanto l'AUSL 12 di Viareggio riesce nel biennio a raggiungere l'obiettivo regionale del 100%; mentre hanno ancora valori piuttosto bassi di estensione l'AUSL 1 di Massa Carrara e l'AUSL 3 di Pistoia.

La partecipazione media regionale al programma è stata del 50.9% per l'anno 2008, in miglioramento rispetto simile a quella del 2007, ma ancora lontana dall'obiettivo regionale del 70%, che non viene raggiunto da nessuna Ausl.

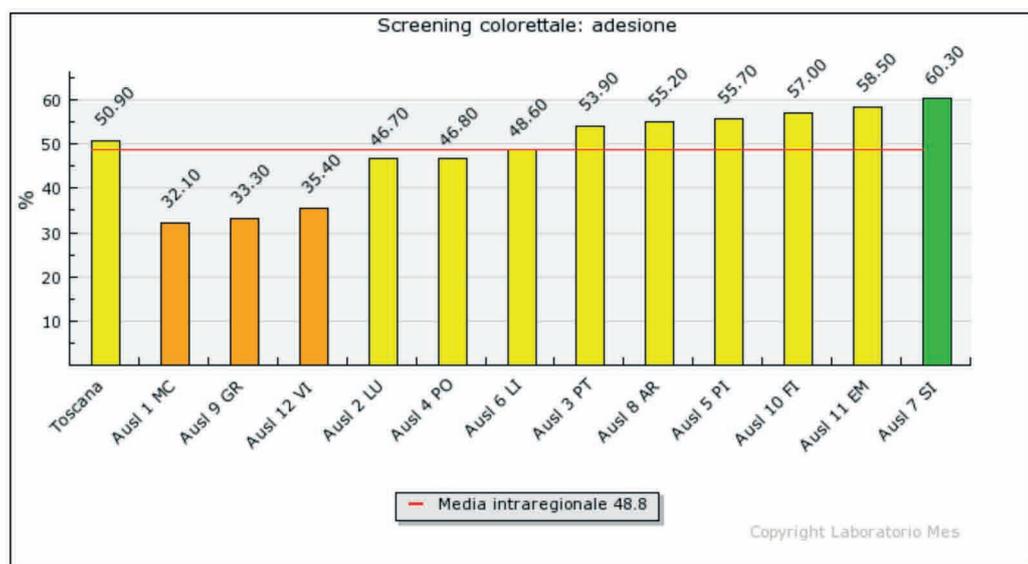


Fig. 13. Valutazione adesione screening colon-retto, anno 2008

Azienda	Adesione Corretta				
	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008
ASL 1 MC	0	0	34,7	50,43	32,1
ASL 2 LU	28,6	28,4	35,2	32,42	46,7
ASL 3 PT	52,1	71,7	66,8	60,56	53,9
ASL 4 PO	0	54,1	51	51,94	46,8
ASL 5 PI	61,4	59,7	51,6	54,78	55,7
ASL 6 LI	47,4	45,7	48,9	54,71	48,6
ASL 7 SI	0	0	48,9	57,13	60,3
ASL 8 AR	77,2	63,2	60,1	68,41	55,2
ASL 9 GR	0	0	0	41,50	33,3
ASL 10 FI	53,5	50,4	51	48,97	57
ASL 11 EM	49,2	46,1	56,9	53,84	58,5
ASL 12 VI	0	0	19,2	33,51	35,4
Regione Toscana	52,0	51,6	48,7	51,4	50,9

Fig. 14. Trend adesione screening colon-retto, anni 2004-2008

4. 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 tre sottoindicatori, i primo due permettono di valutare l'intero processo di donazione, dall'individuazione del potenziale donatore al prelievo degli organi, mentre il terzo si focalizza sulla gestione aziendale dei posti letto di UTI rispetto ai pazienti con lesioni cerebrali.

Descrizione	Performance	Anno indicatore
B6 - Donazioni di organi	3.18	2008

Fig. 1. Struttura albero, Donazioni di organi

- ➔ B6.1 Percentuale di individuazione dei potenziali donatori di organi
- ➔ B6.2 Percentuale di donatori effettivi di organi
- ➔ B6.3 Tasso di decessi con lesioni cerebrali

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 non si può prescindere da alcuni aspetti fondamentali che caratterizzano le strutture ospedaliere considerate:

- 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. Percentuale di individuazione dei potenziali donatori di organi – B6.1

La capacità di individuazione dei potenziali donatori di organi, ovvero la percentuale di morti encefaliche individuate, è 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 l'individuazione delle morti encefaliche e l'obiettivo regionale del 50% viene raggiunto da 7 Aziende su 17. Bisogna comunque tenere presente che il numero dei casi su cui viene calcolato l'indicatore è molto ridotto, pertanto la percentuale può variare anche notevolmente per una stessa azienda da un anno all'altro. Nel complesso, a livello regionale, l'indicatore presenta valori stabili fra il 2007 e il 2008.

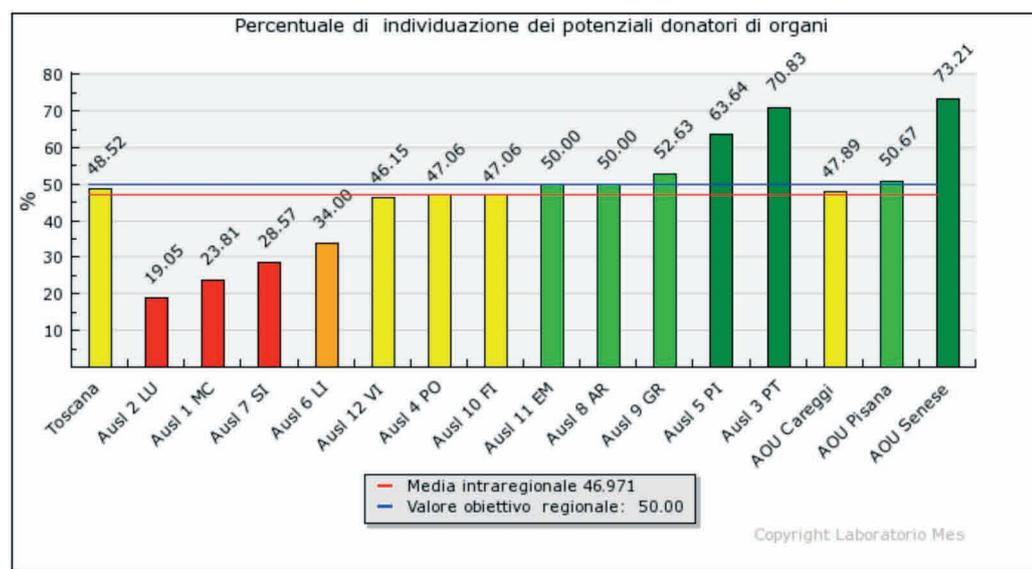


Fig. 2. Valutazione Percentuale di individuazione dei potenziali donatori di organi, anno 2008

Azienda di erogazione	Anno 2007			Anno 2008		
	% 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	27,50%	11	40	23,81%	5	21
AUSL 2 LU	53,33%	8	15	19,05%	4	21
AUSL 3 PT	25,00%	6	24	70,83%	17	24
AUSL 4 PO	56,00%	14	25	47,06%	8	17
AUSL 5 PI	43,75%	7	16	63,64%	7	11
AUSL 6 LI	25,00%	14	56	34,00%	17	50
AUSL 7 SI	50,00%	3	6	28,57%	4	14
AUSL 8 AR	43,48%	10	23	50,00%	6	12
AUSL 9 GR	42,86%	15	35	52,63%	10	19
AUSL 10 FI	61,22%	30	49	47,06%	16	34
AUSL 11 EM	55,00%	11	20	50,00%	16	32
AUSL 12 VI	66,67%	6	9	46,15%	6	13
AOU PISANA	57,14%	44	77	50,67%	38	75
AOU SENESE	73,02%	46	63	73,21%	41	56
AOU CAREGGI	44,70%	59	132	47,89%	68	142
AOU MEYER	50,00%	2	4	0,00%	0	1
Regione Toscana	48,15%	286	594	48,52%	263	542

Fig. 3. Trend Percentuale di individuazione dei potenziali donatori di organi, 2007-2008

4.2. Percentuale di Donatori Effettivi di Organi – B6.2

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.

Le aziende toscane a confronto presentano valori molto variabili che passano da un minimo del 20% di Massa Carrara ad un massimo di Siena con il 100%; come nel caso del precedente indicatore, anche per questo i numeri su cui si calcola la percentuale di donatori effettivi sono molto ridotti, è pertanto possibile, come si evidenzia dal grafico del trend 2007-2008, che i valori varino anche considerevolmente da un anno all'altro. A livello regionale si registra un aumento nella percentuale dei donatori effettivi dal 51% del 2007 al 54% del 2008.

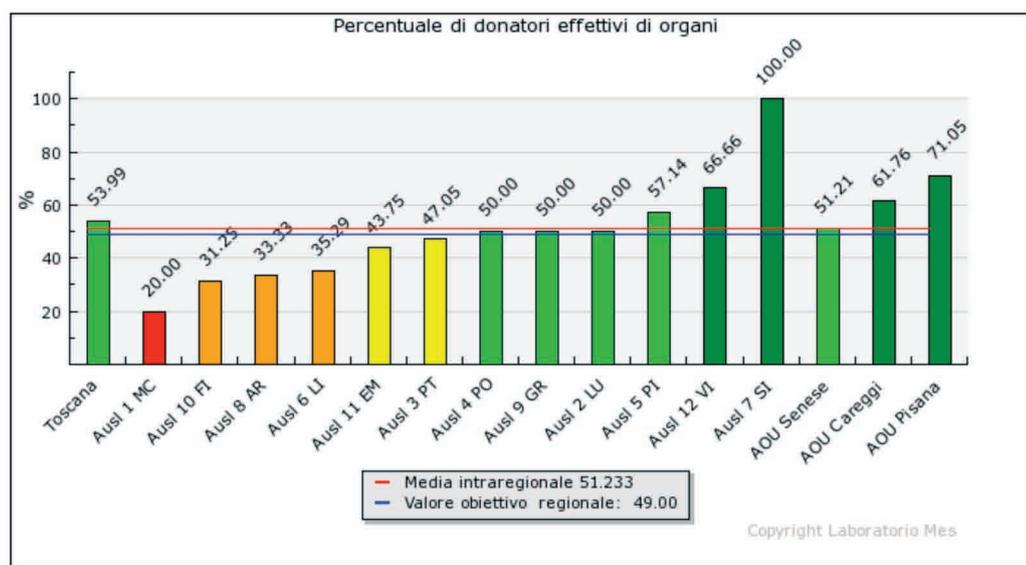


Fig. 4. Valutazione Percentuale di donatori effettivi di organi, anno 2008

Azienda di erogazione	Anno 2007			Anno 2008		
	% 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	36,36%	4	11	20,00%	1	5
AUSL 2 LU	75,00%	6	8	50,00%	2	4
AUSL 3 PT	50,00%	3	6	47,06%	8	17
AUSL 4 PO	50,00%	7	14	50,00%	4	8
AUSL 5 PI	28,57%	2	7	57,14%	4	7
AUSL 6 LI	57,14%	8	14	35,29%	6	17
AUSL 7 SI	66,67%	2	3	100,00%	4	4
AUSL 8 AR	40,00%	4	10	33,33%	2	6
AUSL 9 GR	60,00%	9	15	50,00%	5	10
AUSL 10 FI	60,00%	18	30	31,25%	5	16
AUSL 11 EM	36,36%	4	11	43,75%	7	16
AUSL 12 VI	83,33%	5	6	66,67%	4	6
AOU PISANA	47,73%	21	44	71,05%	27	38
AOU SENESE	41,30%	19	46	51,22%	21	41
AOU CAREGGI	55,93%	33	59	61,76%	42	68
AOU MEYER	50,00%	1	2	-	0	0
Regione Toscana	51,05%	146	286	53,99%	142	263

Fig. 5. Trend Percentuale di donatori effettivi di organi, 2007-2008

4.3. TASSO DI DECESSI CON LESIONI CEREBRALI IN UTI PER MILIONE DI ABITANTI – B6.3

Il tasso di decessi con lesioni cerebrali in UTI per milione di abitanti considera la gestione aziendale dei posti letto di UTI rispetto ai pazienti con lesioni cerebrali. Un minor numero di posti letto di rianimazione rispetto ai posti letto generali comporta, infatti, la possibilità che alcuni pazienti con lesioni cerebrali acute non giungano alle rianimazioni dotate di ventilatore meccanico – che offrono la possibilità di mantenere i pazienti in morte encefalica per almeno 12 ore – ma siano dirottati nelle medicine generali o nelle neurologie.

Per la costruzione dell'indicatore come popolazione di riferimento per le Aziende Ospedaliero-Universitarie è stata considerata la popolazione dell'Area Vasta di appartenenza, ad eccezione dell'AOU Meyer per la quale la popolazione di riferimento utilizzata è quella dei minori di 14 anni toscani. Ciò ha reso necessario definire degli obiettivi regionali specifici: > 95pmp per le Ausl, 67pmp per le AOU e 10pmp per AOU Meyer.

Anche per questo indicatore la variabilità fra le Aziende Sanitarie è molto elevata, i valori sono compresi fra il 33pmp di Pisa e il 143pmp di Livorno. L'obiettivo fissato è raggiunto da quattro Ausl, mentre per quanto riguarda le Aziende Ospedaliero-Universitarie raggiungono l'obiettivo l'AOU Senese e Careggi.

Rispetto al 2007 diminuiscono notevolmente i valori di Massa Carrara e Grosseto, mentre a livello regionale si osserva una lieve diminuzione da 163 a 147pmp.

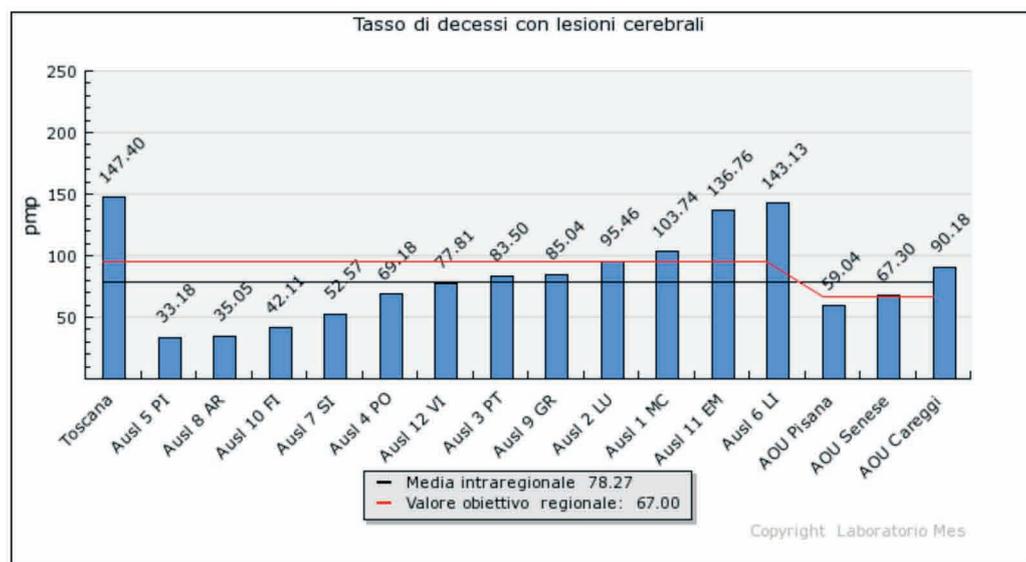


Fig. 6. Trend Tasso di decessi con lesioni cerebrali in UTI p.m.p., 2007-2008

Azienda di Residenza	Anno 2007			Anno 2008		
	Lesioni cerebrali per milione di abitanti	Lesioni Cerebrali	Popolazione 2007	Lesioni cerebrali per milione di abitanti	Lesioni Cerebrali	Popolazione 2008
AUSL 1 MC	199,2	40	200.825	103,7	21	202.435
AUSL 2 LU	69,1	15	217.121	95,5	21	219.986
AUSL 3 PT	85,3	24	281.347	83,5	24	287.415
AUSL 4 PO	102,0	25	245.033	69,2	17	245.742
AUSL 5 PI	49,0	16	326.857	33,2	11	331.537
AUSL 6 LI	161,5	56	346.747	143,1	50	349.324
AUSL 7 SI	22,8	6	262.990	52,6	14	266.291
AUSL 8 AR	68,2	23	337.236	35,1	12	342.367
AUSL 9 GR	158,6	35	220.742	85,0	19	223.429
AUSL 10 FI	61,0	49	802.694	42,1	34	807.457
AUSL 11 EM	86,6	20	231.002	136,8	32	233.993
AUSL 12 VI	54,3	9	165.617	77,8	13	167.072
AOU PISANA	61,2	77	1.257.167	59,0	75	1.270.354
AOU SENESE	76,7	63	820.968	67,3	56	832.087
AOU CAREGGI	84,6	132	1.560.076	90,2	142	1.574.607
AOU MEYER	9,0	4	445.697	2,2	1	454.328
Regione Toscana	163,27	594	3.638.211	147,40	542	3.677.048

Fig. 7. Trend Tasso di decessi con lesioni cerebrali in UTI p.m.p., 2007-2008

La popolazione di riferimento delle Aziende Ospedaliero-Universitarie considerata è la popolazione dell'Area Vasta di appartenenza. La popolazione di riferimento dell'AOUM utilizzata è la popolazione dei minori di 14 anni toscana

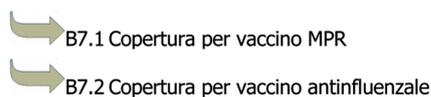
5. COPERTURA VACCINALE – B7 di S. Barsanti

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

Descrizione	Performance	Anno indicatore
B7 - Copertura Vaccinale	 3.69	2008

Fig. 1. Struttura albero copertura vaccinale.



A livello regionale la valutazione della copertura vaccinale è buona, con un punteggio medio di 3,69.

5.1. Il vaccino per MPR – B7.1

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 2008 la media regionale di copertura di tale vaccino è stata del 92,29%, in lieve miglioramento rispetto al 2007 in cui si registrava una copertura del 92,18%.

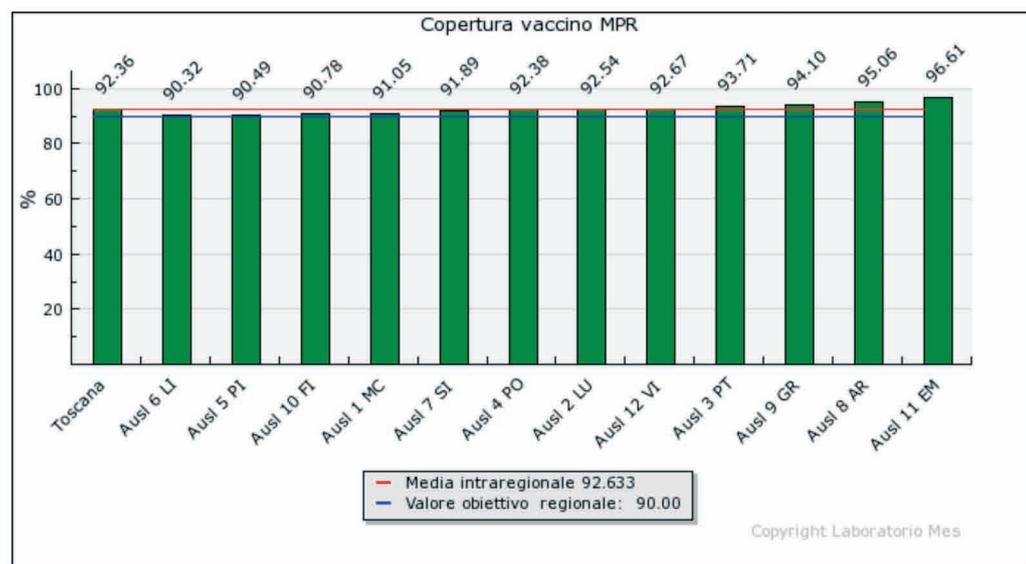


Fig. 2. Valutazione della copertura vaccino MPR, 2008

Azienda di residenza	2006			2007			2008		
	Grado di copertura per vaccino MPR	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR	N° bambini vaccinabili	Grado di copertura per vaccino MPR	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR	N° bambini vaccinabili	Grado di copertura per vaccino MPR	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR	N° bambini vaccinabili
AUSL 1 MC	88,62%	1394	1573	90,43%	1502	1661	91,05%	1643	1496
AUSL 2 LU	91,36%	1681	1840	92,83%	1775	1912	92,54%	1957	1811
AUSL 3 PT	94,60%	2295	2426	95,01%	2400	2526	93,71%	2640	2474
AUSL 4 PO	89,27%	1981	2219	93,48%	2366	2531	92,38%	2625	2425
AUSL 5 PI	73,33%	2002	2730	90,45%	2282	2523	90,49%	2607	2359
AUSL 6 LI	89,94%	2415	2685	92,12%	2583	2804	90,32%	2832	2558
AUSL 7 SI	89,61%	1932	2156	92,37%	2057	2227	91,89%	2245	2063
AUSL 8 AR	93,72%	2597	2771	92,56%	2750	2971	95,06%	2995	2847
AUSL 9 GR	92,69%	1382	1491	92,68%	1558	1681	94,10%	1781	1676
AUSL 10 FI	87,72%	6243	7117	90,35%	6564	7265	90,78%	7106	6451
AUSL 11 EM	96,27%	1962	2038	95,58%	2165	2265	96,61%	2211	2136
AUSL 12 VI	92,03%	1178	1280	91,42%	1257	1375	92,67%	1351	1252
Regione	89,24%	27062	30326	92,18%	29.259	31.741	92,29%	32.016	29.548

Fig. 3. Trend della copertura vaccino MPR, 2007-2008

Tutte le Aziende Sanitarie raggiungono l'obiettivo del 90% di copertura, con ottime performance della Azienda 11 di Empoli e della Azienda 8 di Arezzo che raggiungono una copertura maggiore del 95%.

5.2. Il vaccino antinfluenzale – B7.2

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 31/12/2007.

L'obiettivo regionale è fissato al 75% di copertura per la popolazione target. La media regionale di copertura per

vaccino antinfluenzale per il 2008 è stata del 69,47%, che migliora sensibilmente rispetto al dato del 2007, ma che si attesta ancora sotto l'obiettivo regionale.

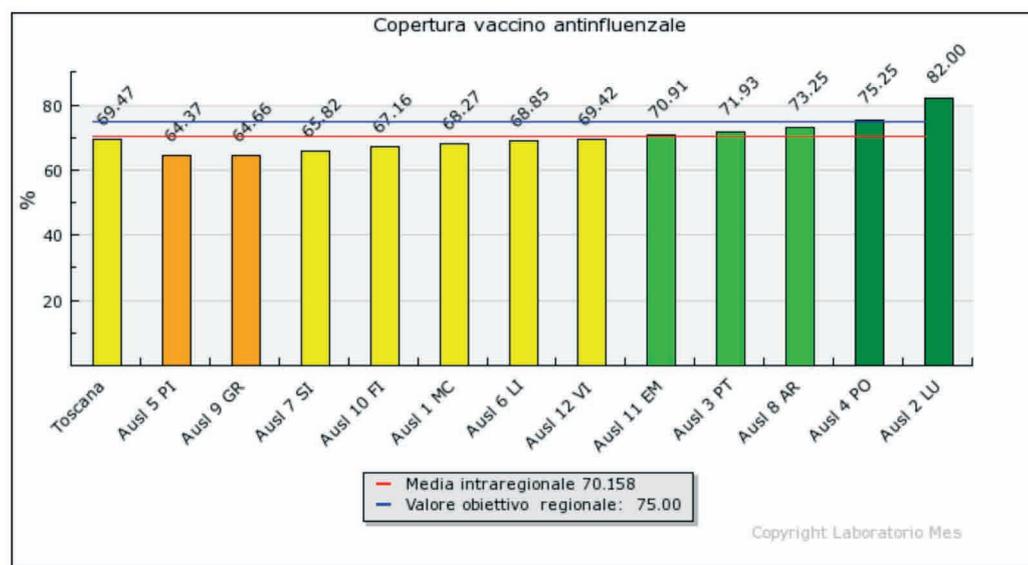


Fig. 4. Valutazione copertura vaccino antinfluenzale, 2007

Azienda di residenza	2006			2007			2008		
	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)	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, 31/12/2007)
AUSL 1 MC	67,12%	31.786	47.357	64,16%	31230	48677	68,27%	33436	48975
AUSL 2 LU	78,32%	38.859	49.613	78,39%	39949	50843	82,00%	42163	51421
AUSL 3 PT	75,06%	46.392	61.806	75,15%	45427	63632	71,93%	46537	64702
AUSL 4 PO	78,31%	36.500	46.609	77,11%	37759	48549	75,25%	36931	49076
AUSL 5 PI	61,09%	44.445	72.758	63,04%	48151	74203	64,37%	48165	74826
AUSL 6 LI	67,51%	54.272	80.397	67,68%	55683	83591	68,85%	58142	84453
AUSL 7 SI	62,35%	40.750	65.354	61,84%	42359	66123	65,82%	43473	66048
AUSL 8 AR	71,16%	53.964	75.840	73,19%	54579	77049	73,25%	56723	77434
AUSL 9 GR	63,57%	34.410	54.128	62,26%	34823	55087	64,66%	35752	55295
AUSL 10 FI	63,61%	120.253	189.037	69,98%	130939	192863	67,16%	130307	194021
AUSL 11 EM	69,95%	34.563	49.409	70,34%	35165	50614	70,91%	36053	50845
AUSL 12 VI	66,79%	24.494	36.674	68,96%	25927	37905	69,42%	26595	38308
Regione	67,64%	560688	828982	68,54%	581.991	849.136	69,47%	594.277	855.404

Fig. 5. Trend copertura vaccino antinfluenzale, 2007-2008

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 82,00% di copertura e l'Ausl 4 di Prato con il 75,25%; le AUSL di Grosseto e di Pisa mostrano, invece, percentuali di copertura ancora inferiori al 65%.

6. 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 prevalente-

mente '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.

La valutazione dei flussi informativi riguardante i tempi di latenza si è adeguata, a partire dal giugno 2008, alle disposizioni della Delibera Regionale n. 440 dell'8 giugno 2008, modificando quindi il calcolo dell'indice di latenza precedentemente adottato dal sistema di valutazione. L'indicatore B8 nel 2008 è stato costruito a partire dalla percentuale di osservanza delle scadenze di trasmissione dei dati secondo quanto previsto dalla Delibera. Per ciascun flusso viene quindi rilevata la data di prima trasmissione e valutata positivamente se in linea con quella esposta in delibera. L'obiettivo previsto per ciascuna Azienda Sanitaria è pari almeno all' 80%. La fonte dei dati è il Settore Sistema Informativo Socio-Sanitario del Dipartimento del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana.

I flussi regionali che per il 2008 concorrono al calcolo dell'indice di latenza sono:

- SDO - Scheda nosologica
- SPA - Prestazioni ambulatoriali
- SPF - Prestazioni farmaceutiche
- FED - Farmaci erogati direttamente
- FES - Farmaci erogati nelle strutture
- IVG - Interruzioni Volontarie di Gravidanza
- AS - Dimesse dagli Istituti di Cura per Aborto Spontaneo
- CAP - Certificati di Assistenza al Parto

L'indicatore considera quindi la proporzione dei record inviati in regione entro le scadenze stabilite: ciascun flusso viene applicato un peso diverso, secondo il seguente elenco: sdo:2; spa:1,5; spf:0,3; fed:1,5; fes:1; ivg:0,25; as:0,1; cap:0,25.

L'indicatore si ottiene secondo la seguente formula di calcolo:

$$\frac{\sum (FLU_i \times W_i)}{\sum W_i}$$

dove:

FLU_i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo

W_i indica i pesi da applicare a ciascun flusso.

Descrizione	Media regionale	Anno indicatore
B8 - Tempestività trasmissione dati al SIR	3.79	2008

Fig. 1. Struttura albero tempestività di trasmissione dei dati al SIR

L'obiettivo regionale è fissato all' 80%: più alto sarà il valore più i record sono inviati tempestivamente al sistema informativo regionale.

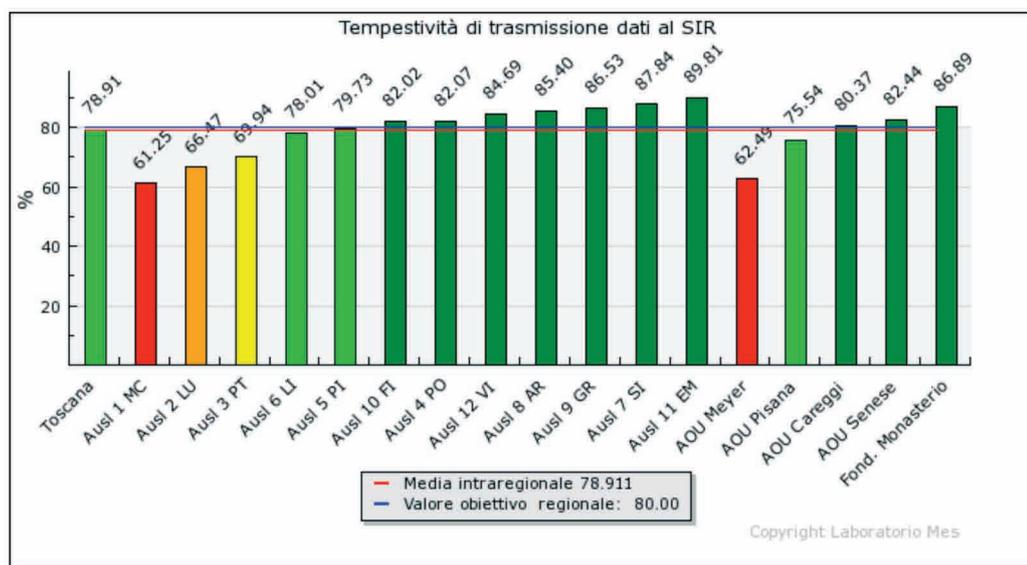


Fig. 2. Valutazione tempestività di trasmissione dei dati al SIR, 2008

Per l'anno 2008 il valore medio regionale di tempestività dei dati è stato di circa 78,91%. Molte aziende hanno raggiunto, quindi, l'obiettivo regionale: risultano con percentuali di invio non tempestive e con una valutazione scarsa l'Azienda 1 di Massa Carrara, l'azienda 2 di Lucca e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer.

Non è possibile fare un trend con gli anni precedenti in quanto, come già specificato, tale indicatore è stato calcolato a partire dal 2008.

Azienda	SDO	SPA	SPF	FED	FES	CAP	AS	IVG	somma	Indice di latenza
AUSL 1 MC	144,06	76,97	0	148,47	33,16	9,04	1,86	9,05	422,61	61,25
AUSL 2 LU	190,46	107,99	0	106,39	0	24,97	8,46	20,35	458,63	66,47
AUSL 3 PT	187,26	132,26	0	138,69	0	15,7	4,62	4,09	482,62	69,94
AUSL 4 PO	184,92	115,56	5,33	142,54	99,94	15,37	2,47	0,18	566,31	82,07
AUSL 5 PI	175,8	139,02	0	121,04	54,75	24,79	9,83	24,91	550,13	79,73
AUSL 6 LI	148,17	119,71	4,46	131,55	99,08	15,49	7,58	12,21	538,25	78,01
AUSL 7 SI	172,51	145,16	0	135,1	93,53	24,76	10	25	606,07	87,84
AUSL 8 AR	195,06	114,84	0	138,47	99,91	24,94	4,4	11,62	589,24	85,4
AUSL 9 GR	183,77	117,19	0	149,6	98,42	18,87	8,57	20,65	597,07	86,53
AUSL 10 FI	143,92	129,87	0	134,2	99,13	24,45	9,45	24,92	565,95	82,02
AUSL 11 EM	194,71	126,72	9,99	142,97	98,42	17,99	6,54	22,35	619,69	89,81
AUSL 12 VI	138,66	141,86	0	149,44	99,63	24,88	5,53	24,33	584,33	84,69
AOU Pisana	139,2	103,55		141,2	98,67	7,17	1,82	6,94	498,56	75,54
AOU Senese	152,06	91,26		149,7	100	22,61	7,39	21,08	544,11	82,44
AOU Careggi	170,11	106,72		149,45	99,79	4,38	0	0	530,45	80,37
AOU Meyer	106,97	120,94		147,04					374,95	62,49
Fond. Monasterio	197,21	139,75		97,49					434,45	86,89

Fig. 3. Tabella tempestività di trasmissione dei dati al SIR, 2008

7. 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 regionale².

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

Equità ed accesso nel ricovero ospedaliero – B9.5

A partire dal 2008 la Regione Toscana, con delibera regionale, ha inserito come campo obbligatorio nella Scheda di Dimissione Ospedaliera il titolo di studio del paziente. Affinché il campo della SDO fosse completato dagli operatori in maniera continuativa e le informazioni e dati di ospedalizzazione non rimanessero prive di un riscontro operativo da parte dei professionisti, la Regione ha deciso di individuare come incentivo dei Direttori Generali la completezza di tale campo. L'obiettivo richiesto è una percentuale di completezza dell'80% per il 2008. I risultati 2008 mostrano un'alta variabilità delle aziende: soltanto 5 aziende hanno superato l'80% nella compilazione, mentre alcune si attestano su valori troppo bassi per permettere un'analisi. In particolare la bassa percentuale di compilazione delle SDO su tale campo da parte inoltre delle aziende ospedaliero-universitarie, quali Careggi e Senese, con valori rispettivamente di 6% e 18% di schede compilate, abbassano le soglie di compilazione delle stesse aziende territoriali quando si lavora con i tassi di ospedalizzazione per residenti.

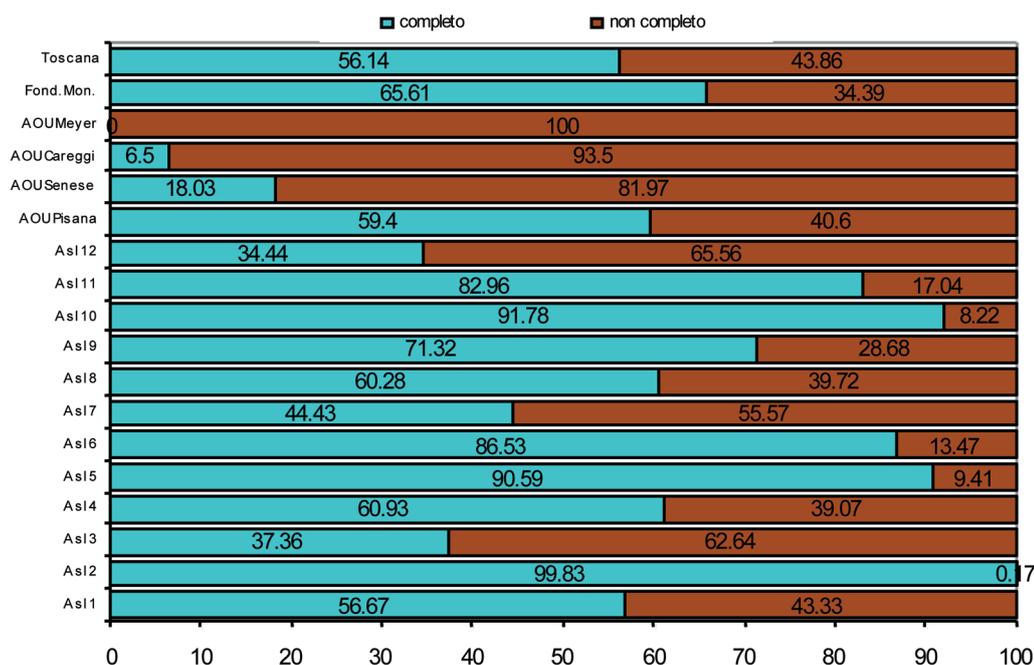


Fig. 1. Percentuale completezza SDO per azienda di erogazione, anno 2008

Pur rappresentando un campione non completamente rappresentativo della popolazione ospedalizzata, si è proceduto al calcolo dei tassi di ospedalizzazione per titolo di studio al fine di individuare possibili disuguaglianze di accesso o assistenza a scapito della popolazione meno istruita. Dal punto di vista metodologico è stato calcolato il tasso di ospedalizzazione per titolo di studio standardizzato per età utilizzando come denominatore la popolazione scolastica per fasce di età quinquennali relativa al censimento ISTAT del 2001 e la popolazione italiana 2001 per la fase di standardizzazione. L'analisi si è concentrata sul tasso di ospedalizzazione generale, sulla modalità del ricovero (urgente o programmato) e sulla tipologia di ricovero (day-hospital o ricovero ordinario).

La figura seguente mostra i diversi tassi di ospedalizzazione suddivisi per le quattro classi di istruzione: i ricoveri sembrano non subire grosse variazioni tra le classi, si nota comunque un'alta concentrazione per coloro che hanno la licenza media inferiore. Tale situazione può essere dovuta a tre principali fattori: in primo luogo l'analisi è fatta soltanto

² Per ulteriori dettagli sulle modalità delle indagini si veda il capitolo dedicato alla valutazione esterna.

su le schede di dimissione che hanno il campo titolo di studio completato, quindi circa il 48%; tale percentuale quindi può non essere sufficiente a rappresentare la popolazione ospedalizzata. In secondo luogo la popolazione utilizzata come denominatore si riferisce all'anno 2001 mentre i ricoveri all'anno 2008: è ipotizzabile che la struttura della popolazione in base al titolo di studio si sia modificata notevolmente nel corso degli ultimi anni e ciò influirebbe notevolmente sul calcolo del tasso. Infine una maggior concentrazione dei ricoveri verso coloro che hanno la terza media potrebbe voler indicare un maggior ricorso ai servizi per coloro che hanno lavori manuali non specializzati, quali ad esempio operai.

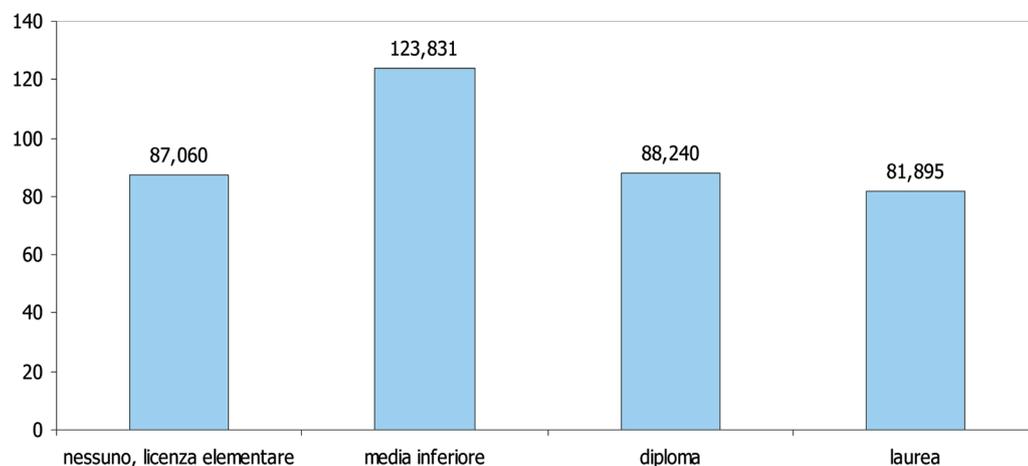


Fig. 2. Tasso di ospedalizzazione per titolo di studio standardizzato, anno 2008

classe di età	bassa situazione	popolazione scolastica per età	tasso specifico	dimessi attesi	popolazione standard italia 2001
20-24	3.664	55.006	0,067	228099,087	3.424.350
25-29	5.122	89.084	0,057	244173,888	4.246.776
30-34	6.757	121.073	0,056	253585,316	4.543.782
35-39	7.335	137.491	0,053	246663,549	4.623.588
40-44	6.949	121.576	0,057	232378,993	4.065.579
45-49	6.942	125.960	0,055	206097,927	3.739.570
50-54	7.768	163.655	0,047	182728,298	3.849.691
55-59	10.264	168.402	0,061	202642,903	3.324.773
60-64	15.577	194.175	0,080	277963,072	3.464.947
65-69	19.705	180.537	0,109	336165,857	3.079.948
70-74	24.092	175.945	0,137	383882,526	2.803.512
75-79	26.584	154.678	0,172	393020,683	2.286.776
80-84	25.622	90.065	0,284	351427,216	1.235.317
85+	25.360	94.150	0,269	334089,650	1.240.321
				3872918,966	45928930
					84,324

Fig. 3. Tasso di ospedalizzazione per titolo di studio standardizzato, bassa istruzione, anno 2008

classe di età	Alta istruzione	popolazione scolastica per età	tasso specifico	dimessi attesi	popolazione standard italia 2001
20-24	4364	125875	0,035	118719,868	3.424.350
25-29	7188	157671	0,046	193604,568	4.246.776
30-34	12274	149301	0,082	373543,247	4.543.782
35-39	11034	140149	0,079	364017,367	4.623.588
40-44	7403	123952	0,060	242815,617	4.065.579
45-49	6186	102306	0,060	226115,575	3.739.570
50-54	5701	84295	0,068	260360,501	3.849.691
55-59	5450	54206	0,101	334280,575	3.324.773
60-64	4454	42944	0,104	359372,065	3.464.947
65-69	3619	26973	0,134	413240,344	3.079.948
70-74	2667	24450	0,109	305806,401	2.803.512
75-79	2292	20930	0,110	250420,000	2.286.776
80-84	1889	10178	0,186	229270,369	1.235.317
85+	1307	7841	0,167	206746,531	1.240.321
				3878313,027	45928930
					84,442

Fig. 4. Tasso di ospedalizzazione per titolo di studio standardizzato, alta istruzione, anno 2008

Se si analizza poi la modalità del ricovero e il tipo di ricovero, si notano invece notevoli differenze a scapito della popolazione meno istruita. Ciò può indicare sia una maggior diffusione tra la popolazione meno istruita di patologie più gravi, sia una maggior difficoltà per tali persone e muoversi appropriatamente nei percorsi assistenziali presenti nelle aziende.

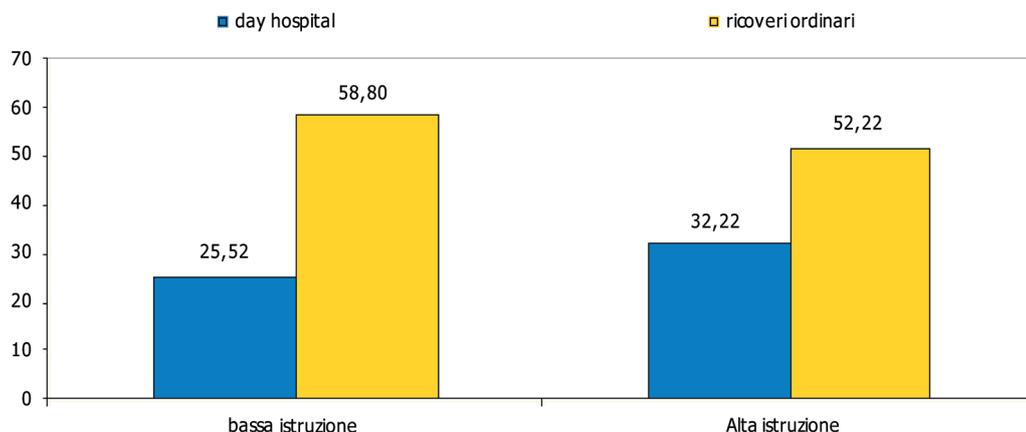


Fig. 5. Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari vs day-hospital per titolo di studio standardizzato, anno 2008

classe di età	bassa situazione	popolazione scolastica per età	tasso specifico	dimessi attesi	popolazione standard italia 2001
20-24	2.377	55.006	0,043	147978,038	3.424.350
25-29	3.444	89.084	0,039	164180,959	4.246.776
30-34	4.621	121.073	0,038	173422,783	4.543.782
35-39	4.472	137.491	0,033	150385,738	4.623.588
40-44	3.882	121.576	0,032	129816,557	4.065.579
45-49	3.833	125.960	0,030	113796,220	3.739.570
50-54	4.369	163.655	0,027	102772,906	3.849.691
55-59	6.001	168.402	0,036	118478,182	3.324.773
60-64	9.734	194.175	0,050	173697,922	3.464.947
65-69	13.285	180.537	0,074	226641,127	3.079.948
70-74	17.352	175.945	0,099	276487,199	2.803.512
75-79	20.916	154.678	0,135	309224,368	2.286.776
80-84	22.038	90.065	0,245	302269,650	1.235.317
85+	23.651	94.150	0,251	311575,486	1.240.321
	139.975			2700727,135	45928930
					58,802

Fig. 6. Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari per titolo di studio standardizzato per età, bassa istruzione, anno 2008

classe di età	Alta istruzione	popolazione scolastica per età	tasso specifico	dimessi attesi	popolazione standard italia 2001
20-24	2449	125875	0,019	66623,501	3.424.350
25-29	4808	157671	0,030	129500,663	4.246.776
30-34	8825	149301	0,059	268577,412	4.543.782
35-39	7252	140149	0,052	239247,231	4.623.588
40-44	3947	123952	0,032	129460,116	4.065.579
45-49	3095	102306	0,030	113130,893	3.739.570
50-54	2891	84295	0,034	132029,856	3.849.691
55-59	2969	54206	0,055	182106,244	3.324.773
60-64	2423	42944	0,056	195500,340	3.464.947
65-69	2082	26973	0,077	237735,948	3.079.948
70-74	1648	24450	0,067	188964,735	2.803.512
75-79	1548	20930	0,074	169131,832	2.286.776
80-84	1417	10178	0,139	171983,119	1.235.317
85+	1102	7841	0,141	174318,804	1.240.321
	46456			2398310,693	45928930
					52,218

Fig. 7. Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari per titolo di studio standardizzato per età, alta istruzione, anno 2008

classe di età	bassa situazione	popolazione scolastica per età	tasso specifico	dimessi attesi	popolazione standard italia 2001
20-24	1.287	55.006	0,023	80121,050	3.424.350
25-29	1.678	89.084	0,019	79992,929	4.246.776
30-34	2.136	121.073	0,018	80162,533	4.543.782
35-39	2.863	137.491	0,021	96277,811	4.623.588
40-44	3.067	121.576	0,025	102562,437	4.065.579
45-49	3.109	125.960	0,025	92301,708	3.739.570
50-54	3.399	163.655	0,021	79955,392	3.849.691
55-59	4.263	168.402	0,025	84164,721	3.324.773
60-64	5.843	194.175	0,030	104265,149	3.464.947
65-69	6.420	180.537	0,036	109524,730	3.079.948
70-74	6.740	175.945	0,038	107395,327	2.803.512
75-79	5.668	154.678	0,037	83796,315	2.286.776
80-84	3.584	90.065	0,040	49157,565	1.235.317
85+	1.709	94.150	0,018	22514,165	1.240.321
	51.766			1172191,831	45928930
					25,522

Fig. 8. Tasso di ospedalizzazione day-hospital per titolo di studio standardizzato per età, bassa istruzione, anno 2008

classe di età	Alta istruzione	popolazione scolastica per età	tasso specifico	dimessi attesi	popolazione standard italia 2001
20-24	1915	125875	0,015	52096,367	3.424.350
25-29	2380	157671	0,015	64103,905	4.246.776
30-34	3449	149301	0,023	104965,835	4.543.782
35-39	3782	140149	0,027	124770,136	4.623.588
40-44	3456	123952	0,028	113355,501	4.065.579
45-49	3091	102306	0,030	112984,682	3.739.570
50-54	2810	84295	0,033	128330,645	3.849.691
55-59	2481	54206	0,046	152174,331	3.324.773
60-64	2031	42944	0,047	163871,725	3.464.947
65-69	1537	26973	0,057	175504,396	3.079.948
70-74	1019	24450	0,042	116841,666	2.803.512
75-79	744	20930	0,036	81288,167	2.286.776
80-84	472	10178	0,046	57287,249	1.235.317
85+	205	7841	0,026	32427,727	1.240.321
	29372			1480002,333	45928930
					32,224

Fig. 9. Tasso di ospedalizzazione day-hospital per titolo di studio standardizzato per età, alta istruzione, anno 2008

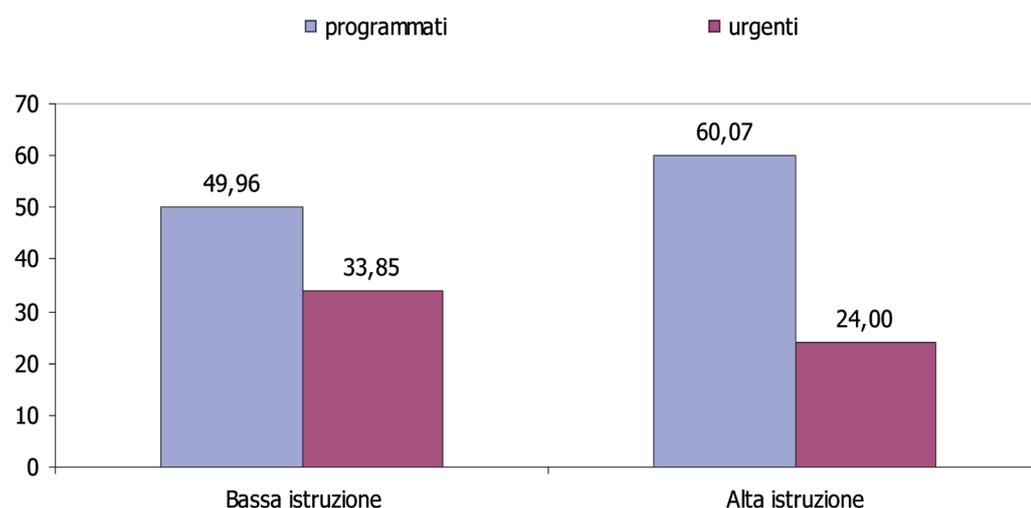


Fig. 10. Tasso di ospedalizzazione urgenti vs programmati per titolo di studio standardizzato per età 1000 ab

classe di età	Alta istruzione	popolazione scolastica per età	tasso specifico	dimessi attesi	popolazione standard italia 2001
20-24	1915	125875	0,015	52096,367	3.424.350
25-29	2380	157671	0,015	64103,905	4.246.776
30-34	3449	149301	0,023	104965,835	4.543.782
35-39	3782	140149	0,027	124770,136	4.623.588
40-44	3456	123952	0,028	113355,501	4.065.579
45-49	3091	102306	0,030	112984,682	3.739.570
50-54	2810	84295	0,033	128330,645	3.849.691
55-59	2481	54206	0,046	152174,331	3.324.773
60-64	2031	42944	0,047	163871,725	3.464.947
65-69	1537	26973	0,057	175504,396	3.079.948
70-74	1019	24450	0,042	116841,666	2.803.512
75-79	744	20930	0,036	81288,167	2.286.776
80-84	472	10178	0,046	57287,249	1.235.317
85+	205	7841	0,026	32427,727	1.240.321
	29372			1480002,333	45928930
					32,224

Fig. 11. Tasso di ospedalizzazione urgenti per titolo di studio standardizzato per età, bassa istruzione, anno 2008

classe di età	Alta istruzione	popolazione scolastica per età	tasso specifico	dimessi attesi	popolazione standard italia 2001
20-24	3056	125875	0,024	83136,553	3.424.350
25-29	4870	157671	0,031	131170,596	4.246.776
30-34	8169	149301	0,055	248612,904	4.543.782
35-39	7670	140149	0,055	253037,267	4.623.588
40-44	5554	123952	0,045	182169,112	4.065.579
45-49	4875	102306	0,048	178194,864	3.739.570
50-54	4452	84295	0,053	203319,584	3.849.691
55-59	4211	54206	0,078	258285,413	3.324.773
60-64	3563	42944	0,083	287481,515	3.464.947
65-69	2814	26973	0,104	321320,345	3.079.948
70-74	2008	24450	0,082	230243,440	2.803.512
75-79	1566	20930	0,075	171098,481	2.286.776
80-84	1064	10178	0,105	129139,054	1.235.317
85+	518	7841	0,066	81939,329	1.240.321
	54390			2759148,457	45928930
					60,074

Fig. 12. Tasso di ospedalizzazione urgenti per titolo di studio standardizzato per età, alta istruzione, anno 2008

classe di età	bassa situazione	popolazione scolastica per età	tasso specifico	dimessi attesi	popolazione standard italia 2001
20-24	1.294	55.006	0,024	80556,828	3.424.350
25-29	1.759	89.084	0,020	83854,328	4.246.776
30-34	2.249	121.073	0,019	84403,341	4.543.782
35-39	2.140	137.491	0,016	71964,553	4.623.588
40-44	1.820	121.576	0,015	60861,961	4.065.579
45-49	1.715	125.960	0,014	50915,867	3.739.570
50-54	1.992	163.655	0,012	46858,235	3.849.691
55-59	2.752	168.402	0,016	54332,937	3.324.773
60-64	4.585	194.175	0,024	81816,825	3.464.947
65-69	6.445	180.537	0,036	109951,228	3.079.948
70-74	9.428	175.945	0,054	150225,986	2.803.512
75-79	13.062	154.678	0,084	193109,997	2.286.776
80-84	16.167	90.065	0,180	221743,962	1.235.317
85+	20.045	94.150	0,213	264070,467	1.240.321
	85.453			1554666,515	45928930
					33,849

Fig. 13. Tasso di ospedalizzazione programmati per titolo di studio standardizzato per età, bassa istruzione, anno 2008

classe di età	Alta istruzione	popolazione scolastica per età	tasso specifico	dimessi attesi	popolazione standard italia 2001
20-24	1280	125875	0,010	34821,593	3.424.350
25-29	2278	157671	0,014	61356,595	4.246.776
30-34	4040	149301	0,027	122952,152	4.543.782
35-39	3279	140149	0,023	108175,906	4.623.588
40-44	1787	123952	0,014	58612,928	4.065.579
45-49	1243	102306	0,012	45435,121	3.739.570
50-54	1191	84295	0,014	54392,099	3.849.691
55-59	1212	54206	0,022	74339,093	3.324.773
60-64	882	42944	0,021	71164,383	3.464.947
65-69	799	26973	0,030	91234,881	3.079.948
70-74	659	24450	0,027	75562,961	2.803.512
75-79	725	20930	0,035	79212,260	2.286.776
80-84	824	10178	0,081	100009,944	1.235.317
85+	789	7841	0,101	124807,202	1.240.321
	20988			1102077,119	45928930
					23,995

Fig. 14. Tasso di ospedalizzazione programmati per titolo di studio standardizzato per età, bassa istruzione, anno 2008

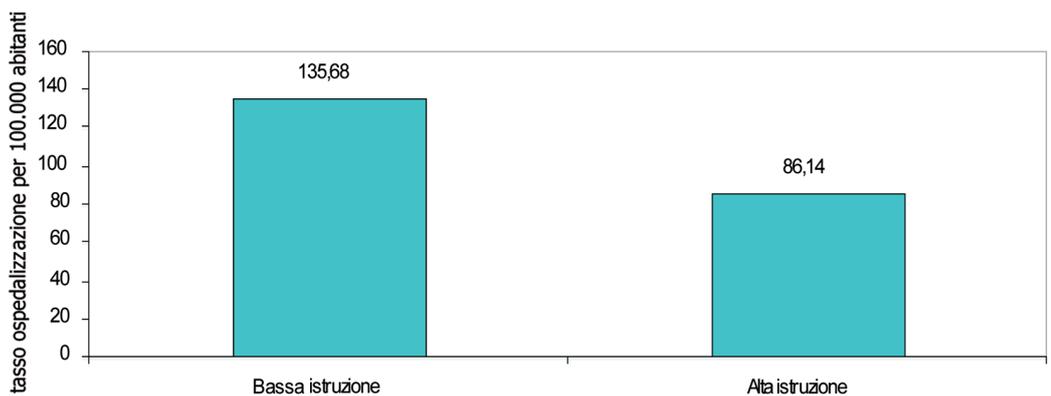


Fig. 15. Tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per titolo di studio standardizzato, anno 2008

A conferma di questo ultimo punto è stato infine analizzato il tasso di ricovero per le patologie sensibili alle cure ambulatoriali, con particolare riguardo alle quattro patologie considerate nella valutazione dell'indicatore C11, ossia diabete, scompenso, BPCO e polmonite. Tale tasso è stato calcolato sia come tasso complessivo, ovvero come somma totale dei ricoveri per le 4 patologie, sia per ciascuna patologia. In tutti i casi, come mostrano le seguenti figure, i ricoveri si concentrano notevolmente nella popolazione con un basso livello di istruzione.

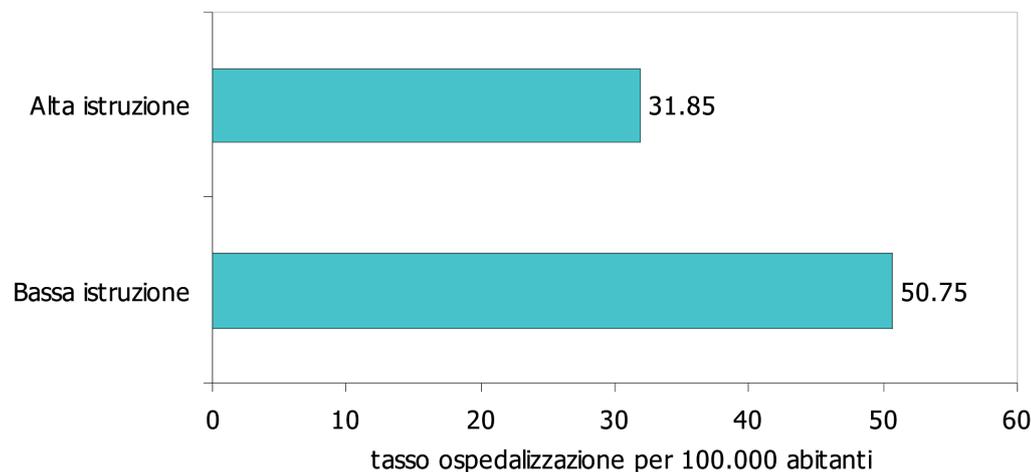


Fig. 16. Tasso di ospedalizzazione per polmonite per titolo di studio standardizzato per età per 100.000 abitanti

classe di età	Bassa situazione	popolazione scolastica per età	tasso specifico	dimessi attesi	popolazione standard italia 2001
20-24	17	55.006	0,000	1058,320	3.424.350
25-29	21	89.084	0,000	1001,103	4.246.776
30-34	27	121.073	0,000	1013,290	4.543.782
35-39	36	137.491	0,000	1210,619	4.623.588
40-44	44	121.576	0,000	1471,388	4.065.579
45-49	59	125.960	0,000	1751,625	3.739.570
50-54	54	163.655	0,000	1270,253	3.849.691
55-59	84	168.402	0,000	1658,418	3.324.773
60-64	135	194.175	0,001	2409,001	3.464.947
65-69	199	180.537	0,001	3394,925	3.079.948
70-74	292	175.945	0,002	4652,735	2.803.512
75-79	415	154.678	0,003	6135,404	2.286.776
80-84	574	90.065	0,006	7872,891	1.235.317
85+	816	94.150	0,009	10749,888	1.240.321
				20891,679	41.166.516
					50,749

Fig. 17. Tasso di ospedalizzazione per polmonite per titolo di studio standardizzato per età, bassa istruzione, anno 2008

classe di età	Alta istruzione	popolazione scolastica per età	tasso specifico	dimessi attesi	popolazione standard italia 2001
20-24	1	125875	0,000	27,204	3.424.350
25-29	15	157671	0,000	404,016	4.246.776
30-34	19	149301	0,000	578,240	4.543.782
35-39	17	140149	0,000	560,839	4.623.588
40-44	22	123952	0,000	721,592	4.065.579
45-49	27	102306	0,000	986,925	3.739.570
50-54	28	84295	0,000	1278,740	3.849.691
55-59	29	54206	0,001	1778,741	3.324.773
60-64	23	42944	0,001	1855,761	3.464.947
65-69	20	26973	0,001	2283,727	3.079.948
70-74	23	24450	0,001	2637,251	2.803.512
75-79	20	20930	0,001	2185,166	2.286.776
80-84	40	10178	0,004	4854,852	1.235.317
85+	32	7841	0,004	5061,889	1.240.321
				13113,035	41.166.516
					31,854

Fig. 18. Tasso di ospedalizzazione per polmonite per titolo di studio standardizzato per età, alta istruzione, anno 2008

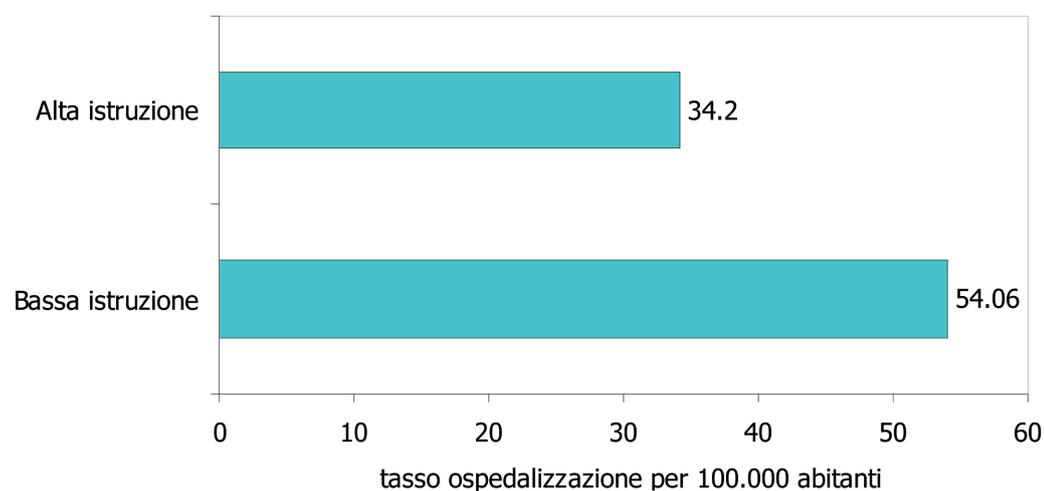


Fig. 19. Tasso di ospedalizzazione per scompenso per titolo di studio standardizzato per età, anno 2008

classe di età	bassa situazione	popolazione scolastica per età	tasso specifico	dimessi attesi	popolazione standard italia 2001
20-24	0	55.006	0	0	3.424.350
25-29	2	89.084	0,000	95,343	4.246.776
30-34	2	121.073	0,000	75,059	4.543.782
35-39	8	137.491	0,000	269,026	4.623.588
40-44	13	121.576	0,000	434,728	4.065.579
45-49	38	125.960	0,000	1128,165	3.739.570
50-54	33	163.655	0,000	776,266	3.849.691
55-59	73	168.402	0,000	1441,244	3.324.773
60-64	189	194.175	0,001	3372,602	3.464.947
65-69	299	180.537	0,002	5100,918	3.079.948
70-74	600	175.945	0,003	9560,415	2.803.512
75-79	889	154.678	0,006	13143,071	2.286.776
80-84	1.447	90.065	0,016	19846,818	1.235.317
85+	2.230	94.150	0,024	29377,757	1.240.321
				22253,767	41.166.516
					54,058

Fig. 20. Tasso di ospedalizzazione per scompenso per titolo di studio standardizzato per età, bassa istruzione, anno 2008

classe di età	Alta istruzione	popolazione scolastica per età	tasso specifico	dimessi attesi	popolazione standard italia 2001
20-24	1	125875	0,000	27,204	3.424.350
25-29	0	157671	0	0	4.246.776
30-34	1	149301	0,000	30,434	4.543.782
35-39	3	140149	0,000	98,972	4.623.588
40-44	3	123952	0,000	98,399	4.065.579
45-49	11	102306	0,000	402,081	3.739.570
50-54	22	84295	0,000	1004,724	3.849.691
55-59	32	54206	0,001	1962,748	3.324.773
60-64	26	42944	0,001	2097,816	3.464.947
65-69	29	26973	0,001	3311,404	3.079.948
70-74	44	24450	0,002	5045,175	2.803.512
75-79	66	20930	0,003	7211,047	2.286.776
80-84	67	10178	0,007	8131,876	1.235.317
85+	89	7841	0,011	14078,379	1.240.321
				14078,956	41.166.516
					34,200

Fig. 21. Tasso di ospedalizzazione per scompenso per titolo di studio standardizzato per età, alta istruzione, anno 2008

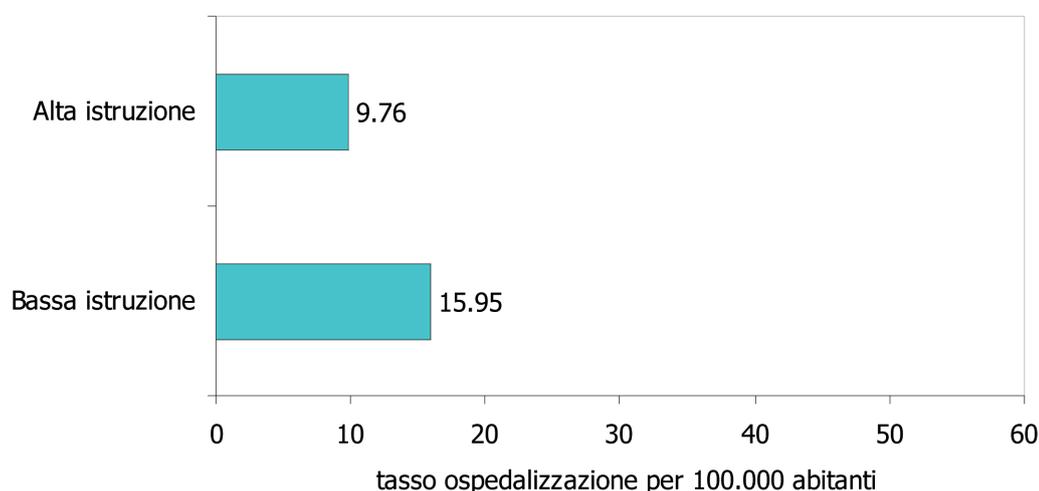


Fig. 22. Tasso di ospedalizzazione per BPCO per titolo di studio standardizzato per età

classe di età	bassa situazione	popolazione scolastica per età	tasso specifico	dimessi attesi	popolazione standard italia 2001
20-24	1	55.006	0,000	62,254	3.424.350
25-29	0	89.084	0	0	4.246.776
30-34	1	121.073	0,000	37,529	4.543.782
35-39	4	137.491	0,000	134,513	4.623.588
40-44	2	121.576	0,000	66,881	4.065.579
45-49	6	125.960	0,000	178,131	3.739.570
50-54	17	163.655	0,000	399,895	3.849.691
55-59	26	168.402	0,000	513,320	3.324.773
60-64	58	194.175	0,000	1034,978	3.464.947
65-69	81	180.537	0,000	1381,854	3.079.948
70-74	173	175.945	0,001	2756,586	2.803.512
75-79	272	154.678	0,002	4021,277	2.286.776
80-84	351	90.065	0,004	4814,259	1.235.317
85+	340	94.150	0,004	4479,120	1.240.321
				6565,942	41.166.516
					15,950

Fig. 23. Tasso di ospedalizzazione per BPCO per titolo di studio standardizzato per età, bassa istruzione, anno 2008

classe di età	Alta istruzione	popolazione scolastica per età	tasso specifico	dimessi attesi	popolazione standard italia 2001
20-24	0	125875	0	0	3.424.350
25-29	1	157671	0,000	26,934	4.246.776
30-34	0	149301	0	0	4.543.782
35-39	1	140149	0,000	32,991	4.623.588
40-44	3	123952	0,000	98,399	4.065.579
45-49	3	102306	0,000	109,658	3.739.570
50-54	6	84295	0,000	274,016	3.849.691
55-59	12	54206	0,000	736,031	3.324.773
60-64	7	42944	0,000	564,797	3.464.947
65-69	8	26973	0,000	913,491	3.079.948
70-74	11	24450	0,000	1261,294	2.803.512
75-79	14	20930	0,001	1529,616	2.286.776
80-84	15	10178	0,001	1820,569	1.235.317
85+	14	7841	0,002	2214,576	1.240.321
				4017,610	41.166.516
					9,759

Fig. 24. Tasso di ospedalizzazione per BPCO per titolo di studio standardizzato per età, alta istruzione, anno 2008

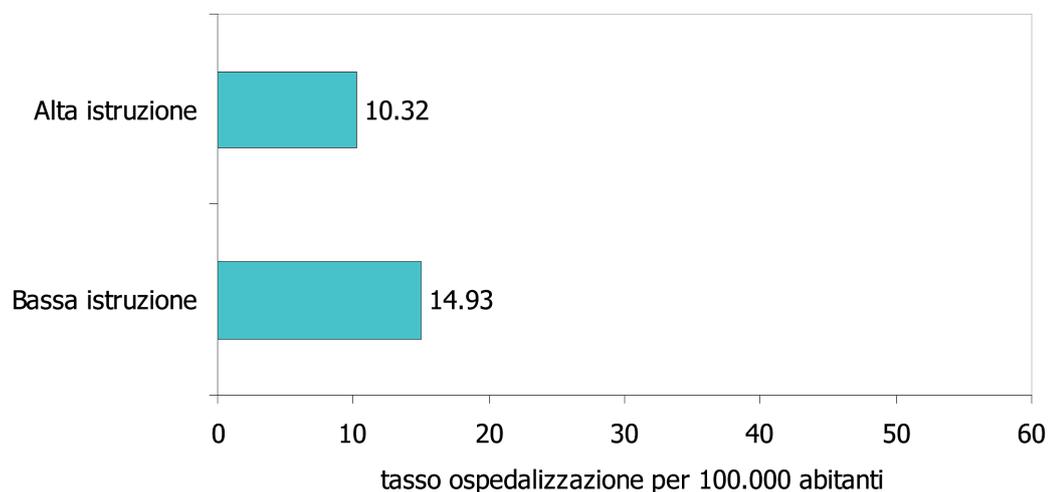


Fig. 25. Tasso di ospedalizzazione per diabete per titolo di studio standardizzato per età

classe di età	bassa situazione	popolazione scolastica per età	tasso specifico	dimessi attesi	popolazione standard italia 2001
20-24	1	55.006	0,000	62,254	3.424.350
25-29	5	89.084	0,000	238,358	4.246.776
30-34	6	121.073	0,000	225,176	4.543.782
35-39	9	137.491	0,000	302,655	4.623.588
40-44	11	121.576	0,000	367,847	4.065.579
45-49	24	125.960	0,000	712,525	3.739.570
50-54	21	163.655	0,000	493,987	3.849.691
55-59	32	168.402	0,000	631,778	3.324.773
60-64	60	194.175	0,000	1070,667	3.464.947
65-69	57	180.537	0,000	972,416	3.079.948
70-74	67	175.945	0,000	1067,580	2.803.512
75-79	87	154.678	0,001	1286,217	2.286.776
80-84	97	90.065	0,001	1330,436	1.235.317
85+	115	94.150	0,001	1514,996	1.240.321
				6145,243	41.166.516
					14,928

Fig. 26. Tasso di ospedalizzazione per diabete per titolo di studio standardizzato per età, bassa istruzione, anno 2008

classe di età	Alta istruzione	popolazione scolastica per età	tasso specifico	dimessi attesi	popolazione standard italia 2001
20-24	0	125875	0	0	3.424.350
25-29	6	157671	0,000	161,606	4.246.776
30-34	8	149301	0,000	243,470	4.543.782
35-39	4	140149	0,000	131,962	4.623.588
40-44	5	123952	0,000	163,998	4.065.579
45-49	5	102306	0,000	182,764	3.739.570
50-54	10	84295	0,000	456,693	3.849.691
55-59	14	54206	0,000	858,702	3.324.773
60-64	7	42944	0,000	564,797	3.464.947
65-69	9	26973	0,000	1027,677	3.079.948
70-74	4	24450	0,000	458,652	2.803.512
75-79	7	20930	0,000	764,808	2.286.776
80-84	1	10178	0,000	121,371	1.235.317
85+	3	7841	0,000	474,552	1.240.321
				4250,321	41.166.516
					10,325

Fig. 27. Tasso di ospedalizzazione per diabete per titolo di studio standardizzato per età, alta istruzione, anno 2008

Tale analisi è stata condotta anche a livello di singola azienda sanitaria territoriale. È ovvio che per quelle aziende la cui percentuale di completezza del campo titolo di studio è minore del 50%, il dato non è rappresentativo della popolazione ospedalizzata.

Per l'anno 2008 l'indicatore non è stato valutato in quanto nuovo indicatore del sistema e per i problemi di completezza dei dati.

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

L'indicatore "Organizzazione del percorso assistenziale nel ricovero (B10)" è stato costruito per rilevare la percezione degli utenti relativamente al percorso di cura ospedaliero e al coordinamento tra le varie figure coinvolte nel processo di erogazione. L'organizzazione dei percorsi assistenziali può essere strategica rispetto agli obiettivi di cura che il sistema sanitario aziendale decide di perseguire. Si pensi in particolare agli ospedali per intensità di cura o agli Health Promoting

Hospitals (HPH), che fanno dell'organizzazione uno strumento funzionale rispetto alla necessità di rendere l'assistenza completamente patient centered.

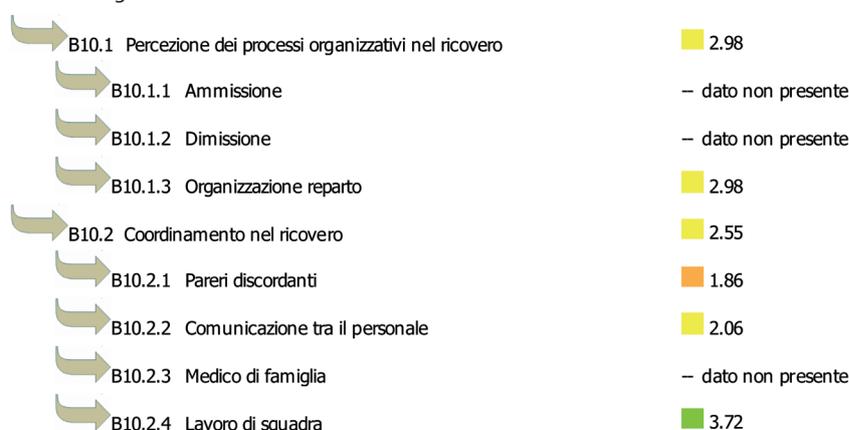
L'indicatore è stato calcolato partendo dai risultati dell'indagine di soddisfazione condotta tra un campione di utenti del servizio di ricovero ospedaliero ordinario erogato presso le strutture delle aziende sanitarie territoriali ed ospedaliери della regione Toscana³.

La performance aziendale risulta dalla media delle valutazioni ottenute per i due sottoindicatori: B10.1 – Percezione dei processi organizzativi e B10.2 – Coordinamento nel ricovero. Per il 2008 il B10.1 riporta solo le valutazioni degli utenti in merito all'organizzazione del reparto, il B10.2 sintetizza quanto percepito dagli utenti relativamente alla comunicazione tra il personale, con un focus sulle informazioni discordanti, e al lavoro di squadra tra personale medico e personale infermieristico. Il coordinamento è un aspetto cruciale per i servizi sanitari, ormai orientati verso un'assistenza integrata e interfunzionale.

Descrizione	Performance	Anno indicatore
B10 - Organizzazione del percorso assistenziale nel ricovero	2.77	2008

Fig. 1. Struttura albero, Organizzazione del percorso assistenziale nel ricovero

Fonte dei dati: Indagine CATI - Laboratorio MES



A differenza degli altri indicatori costruiti sui risultati delle indagini di soddisfazione (vedi Parte V) per i quali l'assegnazione delle valutazioni avviene sulla base di tutte le modalità di risposta (positive e negative) per il B10 le valutazioni sono calcolate solo tenendo conto delle risposte con accezione negativa (come nel caso del D10), evidenziando, appunto, la necessità per il sistema sanitario di ridurre o evitare i casi in cui il percorso assistenziale all'interno dell'ospedale non sia organizzato in modo efficace. La performance si considererà ottima se le esperienze negative saranno contenute entro il 2% e pessima se tali esperienze risultano essere superiori al 14%.

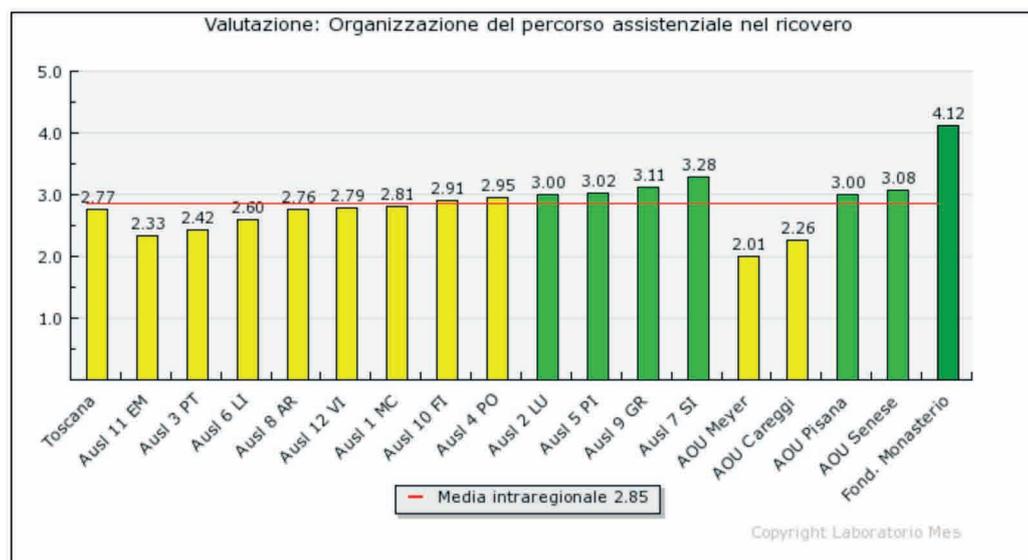


Fig. 2. Valutazione Organizzazione del percorso assistenziale nel ricovero, anno 2008

³ Per le metodologie di indagine cfr Parte V.

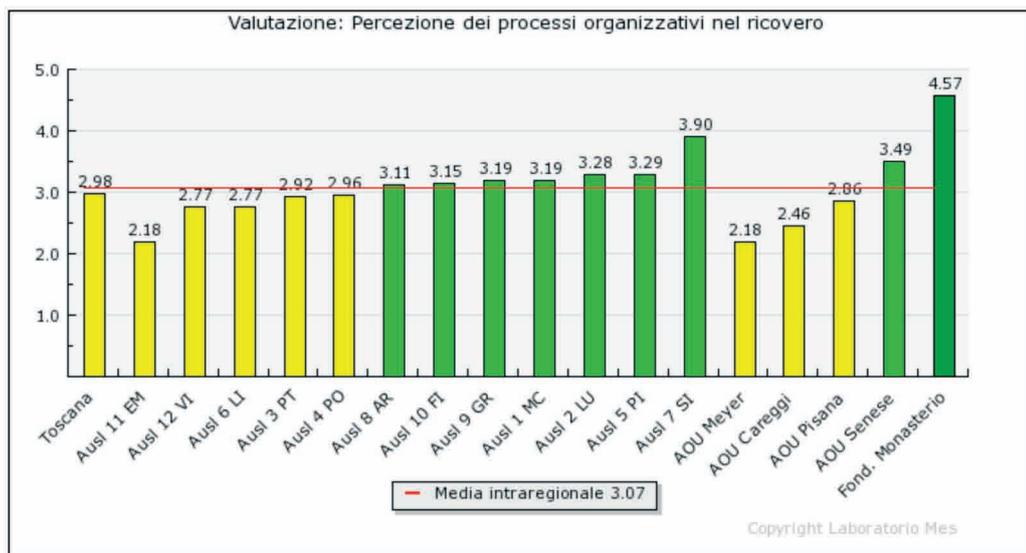


Fig. 3. Valutazione della Percezione dei processi organizzativi nel ricovero, anno 2008

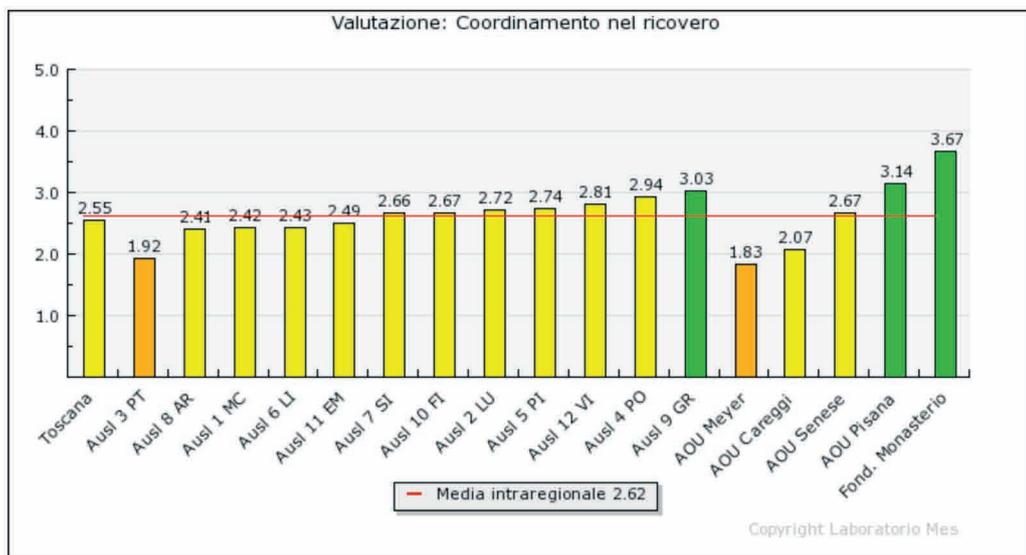


Fig. 4. Valutazione del Coordinamento nel ricovero, anno 2008

A livello regionale l'indicatore assume valori intermedi (2,77) migliori rispetto al 2006 (2,10), condizionati anche quest'anno soprattutto dai dati sul coordinamento che in media ottiene valutazioni pari a 2,55, e che a seconda delle aziende fa registrare anche performance negative (fascia rossa). È il caso delle AOU di Careggi e Meyer a proposito della mancata comunicazione tra il personale. Questo aspetto potrebbe spiegare un altro risultato critico che riguarda i pareri discordanti, cioè il verificarsi di situazioni in cui un medico o infermiere da una certa informazione al paziente/parente e un altro medico o infermiere gliene da una completamente diversa. È quanto accade nel 9,74% dei casi a livello regionale, mentre a livello aziendale le percentuali possono variare dal 4,42% della Fondazione Monasterio al 13,21% della Ausl 3 di Pistoia⁴.

Se la comunicazione costituisce un elemento di criticità, lo stesso non deve dirsi del lavoro di squadra che a livello regionale registra una performance pari a 3,72 e in alcune aziende supera la soglia del 4 (Ausl 5 di Pisa: 4,05; Aou Pisana: 4,46) facendo registrare anche una performance completamente ottima, cioè pari a 5, come nel caso della Fondazione Monasterio.

Quasi buona è invece la performance regionale in termini di organizzazioni (2,98) con una percentuale di utenti che valuta l'organizzazione del reparto pessima o scarsa non superiore al 5%.

Di seguito si riportano le frequenze percentuali registrate per ciascun item.

⁴ La percentuale si riferisce alle sole modalità negative.



Fig. 5. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Da 1 a 5, come valuta complessivamente l'organizzazione del reparto?", anno 2008

Da 1 a 5, come valuta complessivamente l'organizzazione del reparto?					
Azienda	5 (Ottima)	4 (Buona)	3 (Sufficiente)	2 (Scarsa)	1 (Pessima)
Ausl 1 MC	47,35	39,11	9,1	2,82	1,63
Ausl 2 LU	48,3	38,62	8,88	2,59	1,6
Ausl 3 PT	49,26	36,62	8,76	3,97	1,38
Ausl 4 PO	45,54	38,75	10,54	3,75	1,43
Ausl 5 PI	48,07	39,48	8,3	2,58	1,57
Ausl 6 LI	42,79	40,03	11,23	4,13	1,82
Ausl 7 SI	50,83	40,07	6,77	1,67	0,65
Ausl 8 AR	47,27	37,97	10,05	2,99	1,72
Ausl 9 GR	48,26	39,25	8,03	3,48	0,98
Ausl 10 FI	46,5	40,99	7,92	3,04	1,55
Ausl 11 EM	31,77	47,11	12,82	5,6	2,71
Ausl 12 VI	46,92	40,4	6,7	4,17	1,81
AOU Pisana	47,46	39,75	7,18	4,2	1,4
AOU Senese	55,87	32,03	8,54	2,31	1,25
AOU Careggi	38,73	40,85	13,2	4,75	2,46
AOU Meyer	54,53	27,55	9,62	4,91	3,4
Fond. Monasterio	64,9	30,68	3,54	0,88	0
Toscana	47,25	38,71	9,09	3,36	1,59

Fig. 6. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Da 1 a 5, come valuta complessivamente l'organizzazione del reparto?" e Performance aziendale, anno 2008

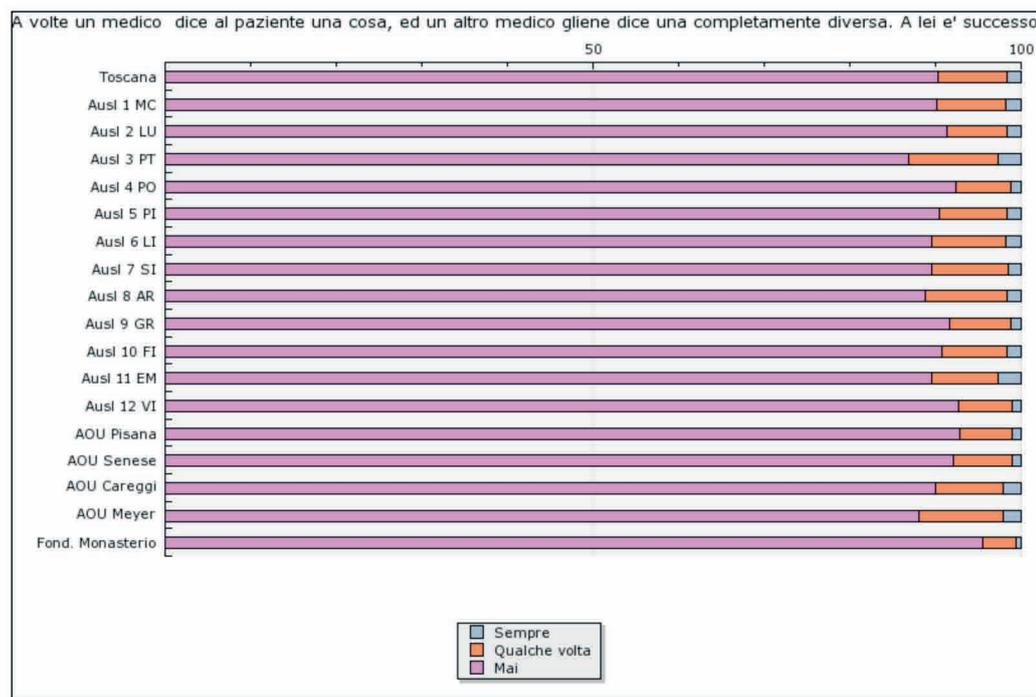


Fig. 7. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "A volte un medico o un infermiere dice al paziente (o parente) una cosa, e un altro medico o infermiere gliene dice una completamente diversa. A lei è successo?", anno 2008

A volte un medico dice al paziente una cosa, ed un altro medico gliene dice una completamente diversa. A lei e' successo?					
Azienda	Mai	Qualche volta	Sempre	N. osservazioni	Valutazione
Ausl 1 MC	90,2	8,06	1,74	918	1,85
Ausl 2 LU	91,34	6,95	1,71	993	2,1
Ausl 3 PT	86,79	10,55	2,66	1090	1,17
Ausl 4 PO	92,36	6,39	1,24	563	2,35
Ausl 5 PI	90,46	7,85	1,68	713	1,9
Ausl 6 LI	89,61	8,62	1,77	1810	1,73
Ausl 7 SI	89,52	9	1,48	1078	1,71
Ausl 8 AR	88,76	9,63	1,61	1744	1,56
Ausl 9 GR	91,67	7,18	1,15	1128	2,18
Ausl 10 FI	90,67	7,72	1,61	1425	1,94
Ausl 11 EM	89,53	7,76	2,71	554	1,72
Ausl 12 VI	92,64	6,28	1,08	557	2,42
AOU Pisana	92,83	6,12	1,05	572	2,47
AOU Senese	92,02	6,91	1,06	564	2,27
AOU Careggi	89,93	7,95	2,12	566	1,8
AOU Meyer	88,09	9,83	2,08	529	1,43
Fond. Monasterio	95,58	3,83	0,59	339	3,2
Toscana	90,26	8,08	1,66	15143	1,86

Fig. 8. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "A volte un medico o un infermiere dice al paziente (o parente) una cosa, e un altro medico o infermiere gliene dice una completamente diversa. A lei è successo?" e Performance aziendale, anno 2008

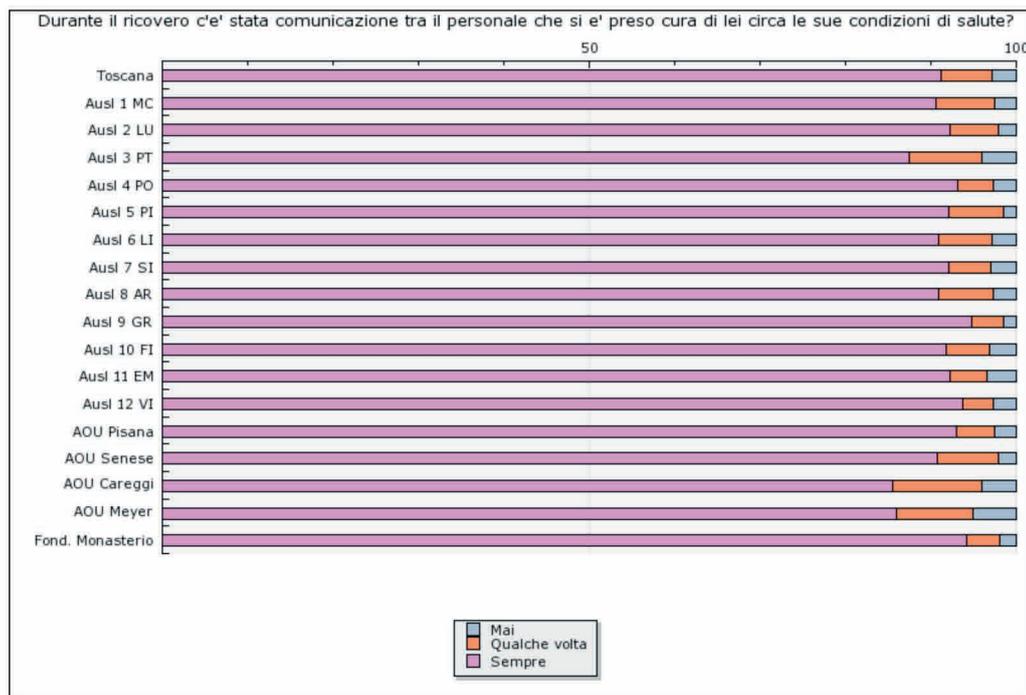


Fig. 9. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Durante il ricovero c'è stata comunicazione tra il personale che si è preso cura di lei circa le sue condizioni di salute?", anno 2008

Durante il ricovero c'è stata comunicazione tra il personale che si è preso cura di lei circa le sue condizioni di salute?					
Azienda	Sempre	Qualche volta	Mai	N. osservazioni	Valutazione
Ausl 1 MC	90,52	6,96	2,52	833	1,91
Ausl 2 LU	92,21	5,66	2,13	937	2,31
Ausl 3 PT	87,39	8,51	4,1	999	1,29
Ausl 4 PO	93,1	4,21	2,68	522	2,54
Ausl 5 PI	92,01	6,51	1,48	676	2,26
Ausl 6 LI	90,93	6,27	2,81	1675	1,99
Ausl 7 SI	92,08	4,97	2,94	985	2,28
Ausl 8 AR	90,82	6,48	2,7	1590	1,97
Ausl 9 GR	94,73	3,74	1,53	1044	2,94
Ausl 10 FI	91,77	5,03	3,2	1313	2,2
Ausl 11 EM	92,22	4,28	3,5	514	2,31
Ausl 12 VI	93,65	3,65	2,69	520	2,67
AOU Pisana	92,94	4,58	2,48	524	2,5
AOU Senese	90,75	7,13	2,12	519	1,96
AOU Careggi	85,52	10,48	4	525	0,93
AOU Meyer	85,89	9,07	5,04	496	0,99
Fond. Monasterio	94,23	3,85	1,92	312	2,82
Toscana	91,21	5,99	2,8	13984	2,06

Fig. 10. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Durante il ricovero c'è stata comunicazione tra il personale che si è preso cura di lei circa le sue condizioni di salute?" e Performance aziendale, anno 2008

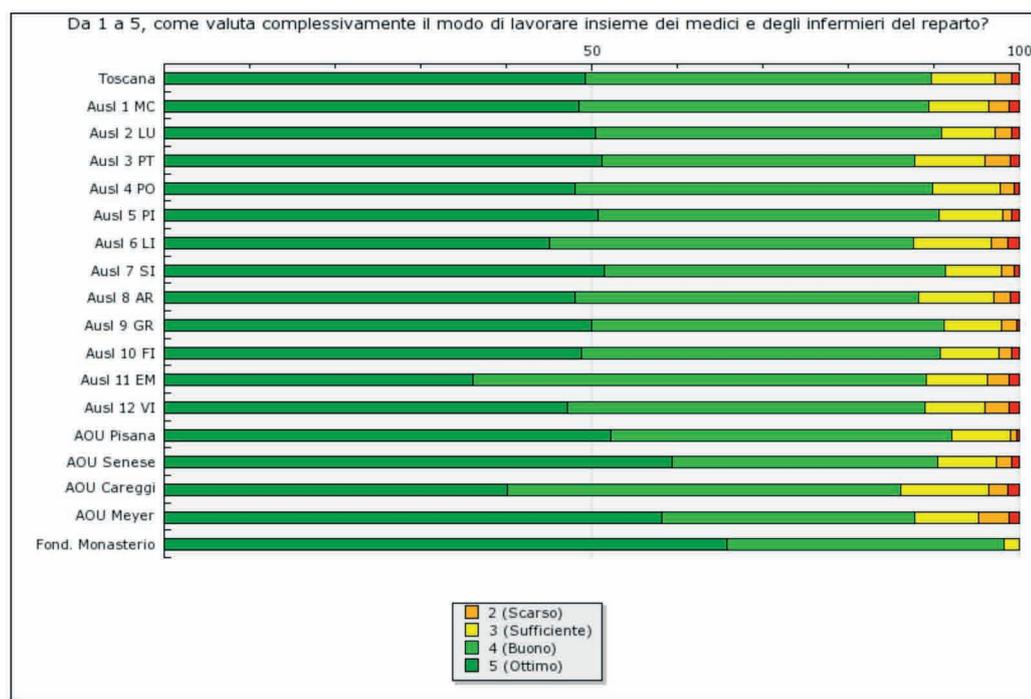


Fig. 11. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Da 1 a 5, come valuta complessivamente il modo di lavorare insieme di medici e infermieri?", anno 2008

Da 1 a 5, come valuta complessivamente il modo di lavorare insieme dei medici e degli infermieri del reparto?							
Azienda	5 (Ottimo)	4 (Buono)	3 (Sufficiente)	2 (Scarso)	1 (Pessimo)	N. osservazioni	Valutazione
Ausl 1 MC	48,45	41,01	6,99	2,41	1,15	873	3,49
Ausl 2 LU	50,41	40,48	6,31	1,86	0,93	966	3,75
Ausl 3 PT	51,24	36,45	8,21	3,05	1,05	1048	3,31
Ausl 4 PO	48,07	41,83	7,89	1,65	0,55	545	3,94
Ausl 5 PI	50,67	39,94	7,45	1,04	0,89	671	4,04
Ausl 6 LI	45,05	42,54	9,05	1,99	1,37	1756	3,56
Ausl 7 SI	51,42	39,96	6,56	1,47	0,59	1021	3,99
Ausl 8 AR	47,98	40,19	8,87	1,93	1,03	1657	3,69
Ausl 9 GR	50	41,13	6,76	1,74	0,37	1094	3,97
Ausl 10 FI	48,84	41,87	6,89	1,5	0,9	1335	3,88
Ausl 11 EM	36,07	53,08	7,1	2,62	1,12	535	3,43
Ausl 12 VI	47,16	41,86	7,01	2,84	1,14	528	3,35
AOU Pisana	52,2	39,93	6,78	0,73	0,37	546	4,46
AOU Senese	59,43	30,94	6,98	1,7	0,94	530	3,8
AOU Careggi	40,08	46,09	10,22	2,2	1,4	499	3,48
AOU Meyer	58,27	29,44	7,46	3,63	1,21	496	3,06
Fond. Monasterio	65,85	32,32	1,83	0	0	328	5
Toscana	49,25	40,38	7,51	1,93	0,93	14428	3,72

Fig. 12. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Da 1 a 5, come valuta complessivamente il modo di lavorare insieme di medici e infermieri?" e Performance aziendale, anno 2008

9. COMPLESSITÀ DELLA CASISTICA – B11 di M.S. Bramanti

Le Aziende Ospedaliere - 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 (Disease-Related Groups) che comprendono pazienti sufficientemente omogenei per complessità dell'assistenza ricevuta e per ammontare di risorse consumate. A ciascun 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 ciascun DRG è direttamente proporzionale al suo peso. Vengono considerati ad alta complessità i DRG con peso superiore a 2,5.

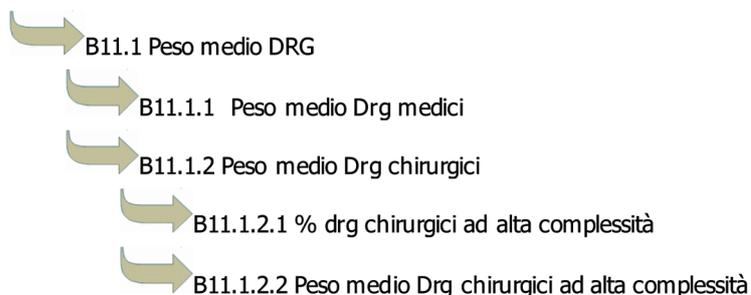
Come mostra la figura seguente, l'albero della complessità della casistica, in cui vengono considerati soltanto i ri-

coveri 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 sola osservazione. I dati provengono dal flusso regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera.

Descrizione	Anno indicatore
B11 - Complessità della casistica	2008

Fig. 1. Albero dell'indicatore Complessità della casistica

Fonte dei dati: Flusso SDO Regionale



9.1. Peso medio DRG – B11.1

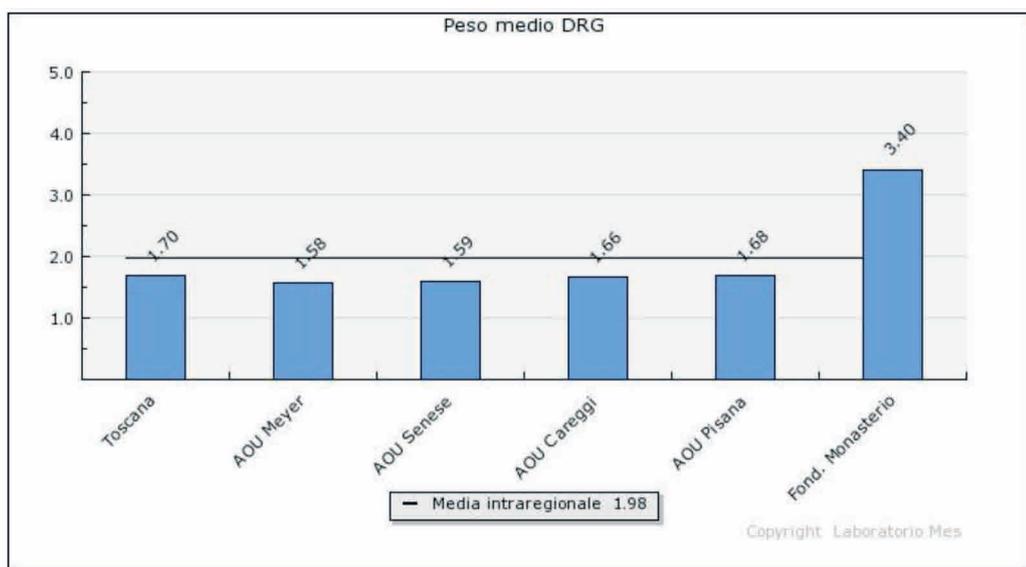


Fig. 2. Peso medio DRG, anno 2008

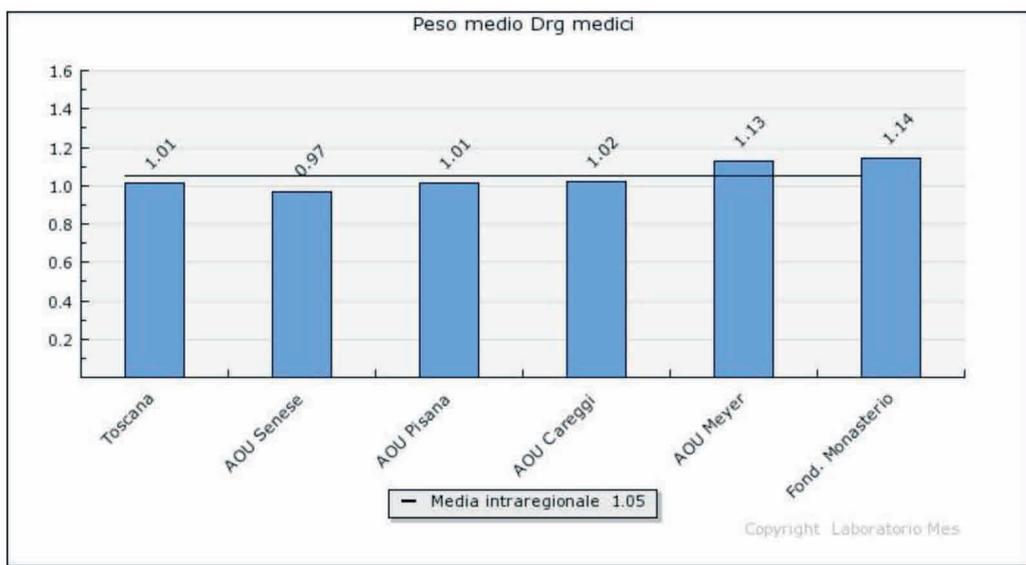


Fig. 3. Peso medio DRG medici, anno 2008

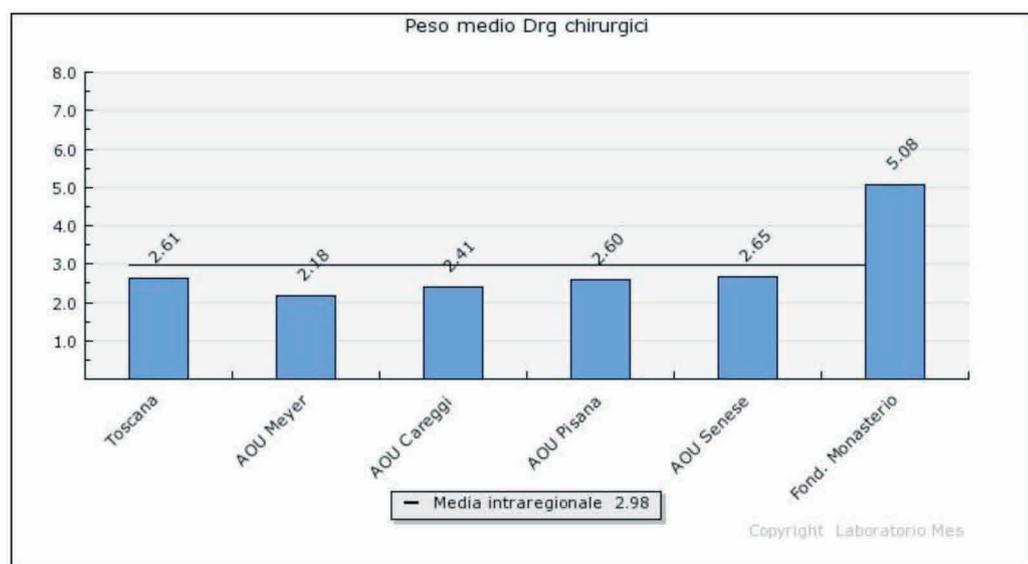


Fig. 4. Peso medio DRG Chirurgici, anno 2008

Anno 2008	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
AOJ PISANA	1,68	75.926	45.161	2,60	49.719	19.128	1,01	26.207	26.033
AOJ SENESE	1,59	42.862	27.011	2,65	26.159	9.867	0,97	16.703	17.144
AOJ CAREGGI	1,66	89.814	54.211	2,41	59.609	24.698	1,02	30.205	29.513
AOJ MEYER	1,58	9.627	6.087	2,18	5.704	2.612	1,13	3.923	3.475
FOND. MONASTERIO	3,40	13.399	3.936	5,08	11.499	2.263	1,14	1.900	1.673
Regione Toscana	1,70	231.628	136.406	2,61	152.691	58.568	1,01	78.938	77.838

Fig. 5. Peso medio Drg, anno 2008

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
AOJ PISANA	1,64	75.843	46.137	2,52	48.982	19.428	1,01	26.860	26.709
AOJ SENESE	1,59	43.716	27.503	2,62	26.446	10.103	0,99	17.270	17.400
AOJ CAREGGI	1,65	91.503	55.363	2,42	61.513	25.434	1,00	29.990	29.929
AOJ 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
Regione Toscana	1,67	233.284	139.512	2,58	152.597	59.177	1,00	80.686	80.335

Fig. 6. Peso medio Drg, anno 2007

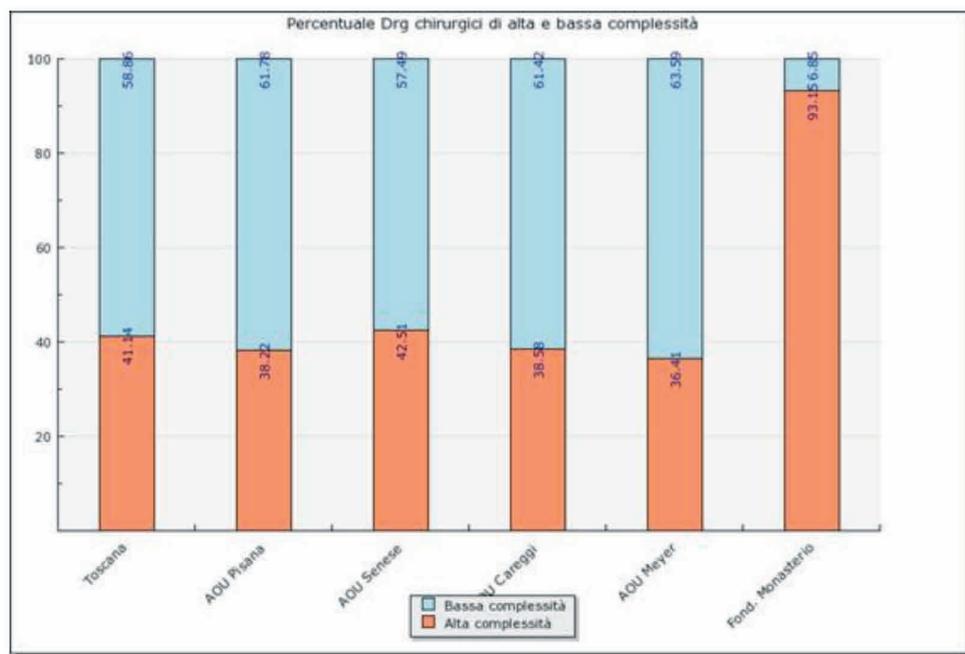


Fig. 7. Percentuale di Drg chirurgici ad alta e bassa complessità

Nel 2008, il peso medio dei DRG varia molto poco rispetto al 2007, con un valore regionale che passa da 1,67 a 1,70; non si osservano, inoltre, sostanziali differenze tra le quattro Aziende Ospedaliere - Universitarie per il peso medio dei DRG, sia medici che chirurgici.

9.2. Percentuale DRG chirurgici ad alta e bassa complessità – B11.1.2

2008	Alta complessità		Bassa complessità	
	% Drg C con peso DRG $\geq 2,5$	N° Drg C con peso DRG $\geq 2,5$	% Drg C con peso DRG $< 2,5$	N° Drg C con peso DRG $< 2,5$
AOU PISANA	38,22%	7.311	61,78%	11.817
AOU SENESE	42,51%	4.194	57,49%	5.673
AOU CAREGGI	38,58%	9.529	61,42%	15.169
AOU MEYER	36,41%	951	63,59%	1.661
FOND. MONASTERIO	93,15%	2.108	6,85%	155
Regione Toscana	41,14%	24.093	58,86%	34.475

Fig. 8. Percentuale dei Drg chirurgici ad alta e bassa complessità, anno 2008

2007	Alta complessità		Bassa complessità	
	% Drg C con peso DRG $\geq 2,5$	N° Drg C con peso DRG $\geq 2,5$	% 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
Regione Toscana	41,00%	24.262	59,00%	34.915

Fig. 9. Percentuale dei Drg chirurgici ad alta e bassa complessità, anno 2007

Per quanto riguarda la percentuale dei DRG chirurgici con peso superiore a 2,5, il valore regionale per il 2008 è pari al 41,14%; i valori delle quattro Aziende Ospedaliero - Universitarie variano dal 36,41% dell'AOU Meyer al 42,51% dell'AOU Senese; per la Fondazione Monasterio, struttura che si differenzia dalle altre per l'alta specializzazione nei settori della cardiologia e della cardiocirurgia, il 93,15% dei casi trattati risulta ad elevata complessità.

9.3. Peso medio DRG Chirurgici ad alta complessità



Fig. 10. Peso medio Drg chirurgici ad alta complessità, anno 2008

Azienda di erogazione	2007			2008		
	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	4,79	33.893	7.072	4,80	35.098	7.311
AOU SENESE	4,55	19.259	4.230	4,59	19.261	4.194
AOU CAREGGI	4,29	43.198	10.075	4,35	41.451	9.529
AOU MEYER	4,27	3.546	830	4,28	4.075	951
CNR	5,15	10.515	2.042	5,32	11.209	2.108
Regione Toscana	4,48	24.974	5.552	4,51	24.971	5.496

Fig. 11. Peso medio Drg chirurgici ad alta complessità, anno 2007-2008

Il peso medio dei DRG chirurgici ad alta complessità per l'anno 2008 oscilla da 4,28 dell'AOU Meyer al 5,32 della Fondazione Monasterio.

10. MOBILITÀ – B12 di M.S. Bramanti

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.

Descrizione	Performance	Anno indicatore
B12 - MOBILITÀ	■ 2.86	2008

Fig. 1. L'albero dell'indicatore di mobilità



*La valutazione dell'indicatore B12.2.2 e' calcolata assegnando pesi diversi ai due sotto indicatori, i pesi sono i seguenti: B12.2.2.1 40%B12.2.2.2 60%

10.1. Fughe extra Area Vasta – B12.1.1

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 per le migrazioni transfrontaliere, da e verso regioni confinanti, che possono essere spiegate dalla contiguità geografica e dalla dislocazione territoriale dei servizi sanitari. È stato, quindi, valutato, il livello di fughe dall'Area Vasta, come indicatore di una mancata risposta al cittadino, dovuta o ad un vuoto di offerta (carenza di servizi o loro inaccessibilità) o ad un problema di qualità (percepita o vera) delle prestazioni rese.

I grafici mostrano un lieve peggioramento delle prestazioni rispetto al 2007. Si riconferma la best-practice dell'Area Vasta Nord-Ovest, con il valore 5,66%.

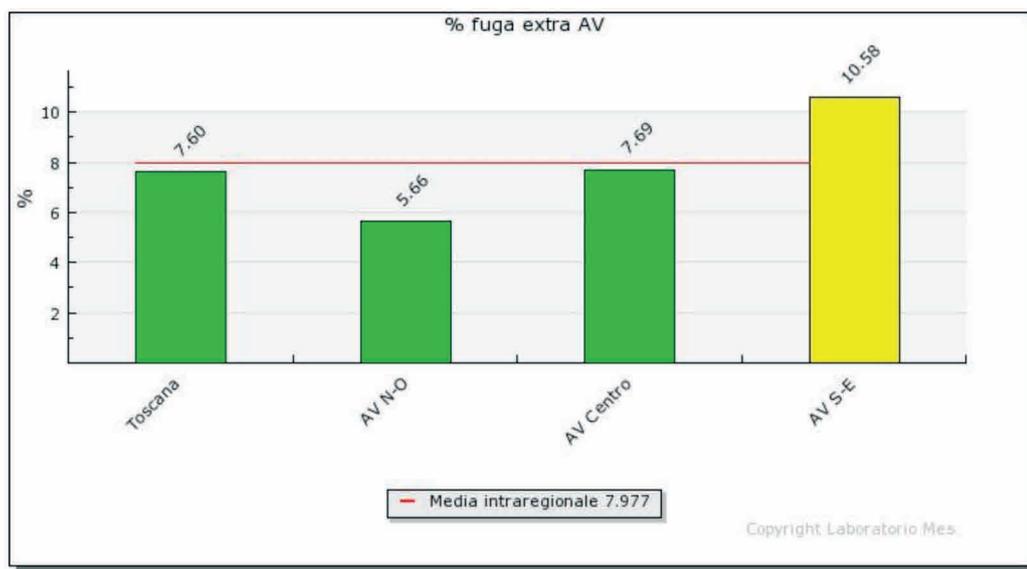


Fig. 2. Percentuale di fughe extra Area Vasta, anno 2008

Area Vasta residenza	2007			2008		
	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	5,40%	11341	210.009	5,66%	11865	209.676
AV Centro	7,39%	19049	257.627	7,69%	19558	254.193
AV Sud-Est	10,58%	13563	128.202	10,58%	13506	127.605
Regione Toscana	7,38%	43.953	595.838	7,60%	44.929	591.474

Fig. 3. Percentuale di fughe extra Area Vasta, anno 2007-2008

Per quanto riguarda le fughe extra Area Vasta per i DRG ad alta complessità (ovvero con peso maggiore di 2,5) l'andamento regionale migliora rispetto al 2007, infatti il valore passa da 9,79% a 9,73%. I valori delle Aree Vaste oscillano tra il 7,21% dell'Area Vasta Nord-Ovest, che quindi presenta la migliore performance, ed il 14,28% dell'Area Vasta Sud-Est.

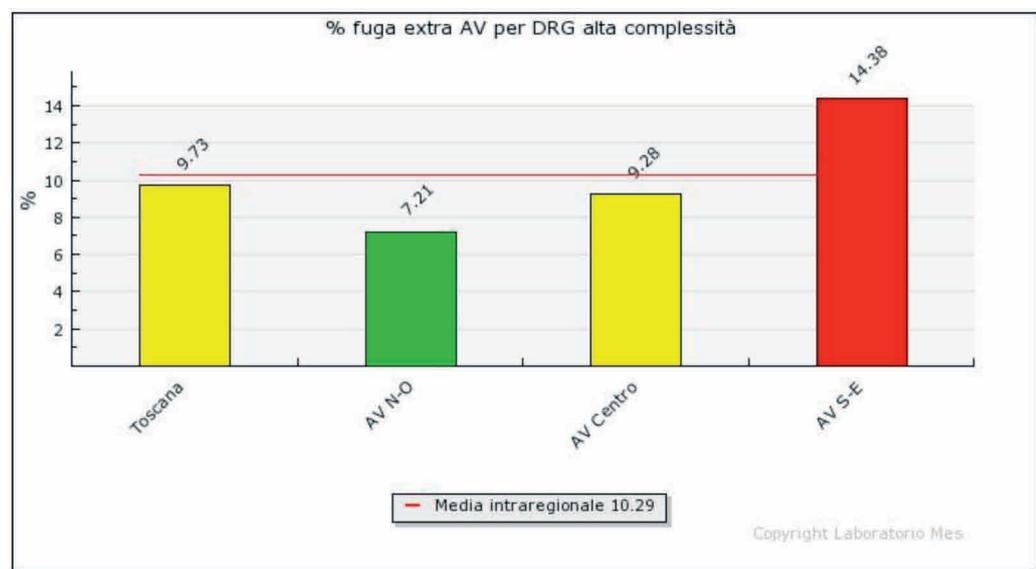


Fig. 4. Percentuale di fughe extra Area Vasta per DRG ad alta complessità, anno 2008

Area Vasta residenza	2007			2008		
	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	7,00%	1.307	18.670	7,21%	1.366	18.934
AV Centro	9,42%	2.161	22.933	9,28%	2.116	22.810
AV Sud-Est	14,92%	1.756	11.767	14,38%	1.786	12.423
Regione Toscana	9,79%	5.224	53.370	9,73%	5.268	54.167

Fig. 5. Trend della percentuale di fughe extra Area Vasta per Drg ad alta complessità, anno 2007-2008

10.2. Fughe extra Regione - B12.1.2

La riduzione delle fughe extra regione è posta fra gli obiettivi regionali, perché la Regione stessa si impegna ad assicurare centri specializzati per la cura di patologie complesse. I dati del 2008 non sono disponibili alla data di pubblicazione del presente report, in quanto deve ancora pervenire il flusso extraregionale, pertanto le figure sottostanti si riferiscono al 2007.

Si osserva un lieve peggioramento di tutte e tre le Aree Vaste, con un valore regionale che passa dal 6,17% del 2006 al 6,30% del 2007.

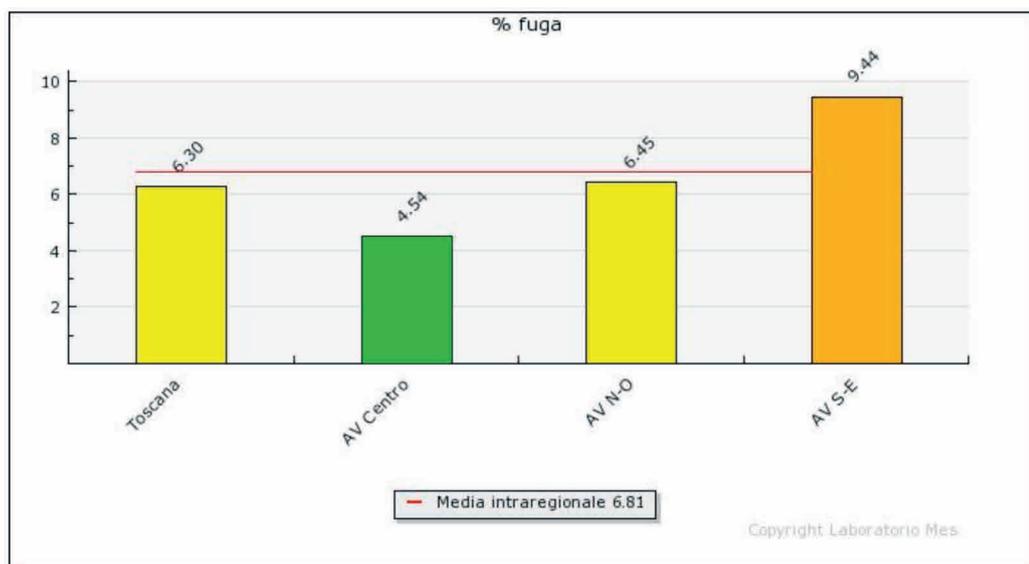


Fig. 6. Percentuale di fughe extra Regione, anno 2007

Area Vasta residenza	2006			2007		
	% fughe fuori regione	N. dimessi toscani fuori regione	N. dimessi toscani	% fughe fuori regione	N. dimessi toscani fuori regione	N. dimessi toscani
AV Nord-Ovest	6,28%	14.156	225.521	6,45%	14.471	224.498
AV Centro	4,38%	12.032	274.678	4,54%	12.244	269.920
AV Sud-Est	9,40%	13.527	143.916	9,44%	13.363	141.566
Regione Toscana	6,17%	39.715	644.115	6,30%	40.078	635.984

Fig. 7. Percentuale di fughe extra Regione, anno 2006-2007

10.3. Attrazione extra Area Vasta – B12.2.1

Questo indicatore prende in considerazione la percentuale di ricoveri per DRG ad alta complessità, relativi ai cittadini residenti fuori dall'Area Vasta presa in considerazione. Contrariamente ai precedenti, questo indicatore non è di valutazione, poiché questo 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 10,69% nel 2007 al 10,49% nel 2008.

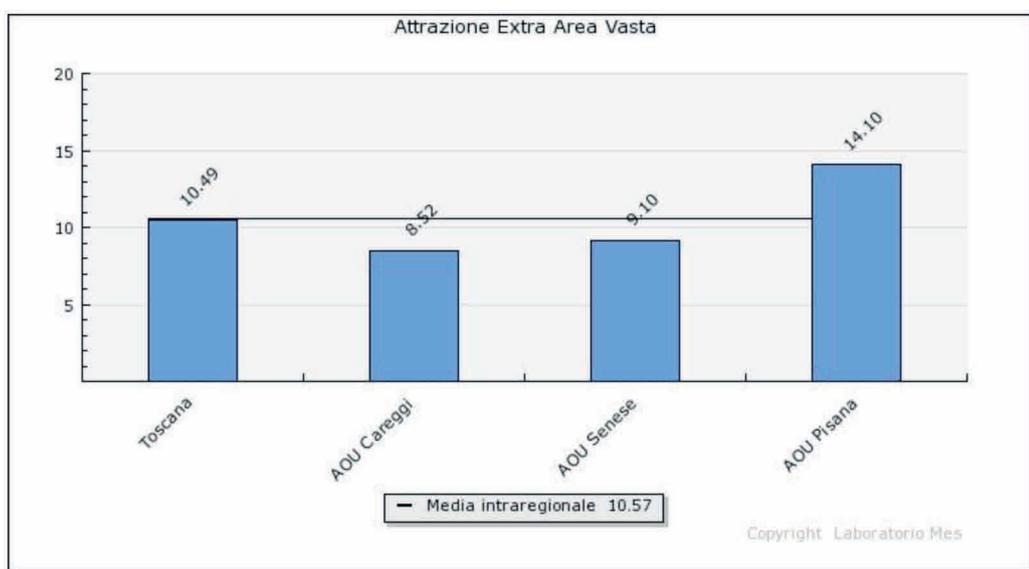


Fig. 8. Percentuale di attrazione extra Area Vasta per DRG ad alta complessità, anno 2007-2008

Azienda di erogazione	2007			2008		
	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	14,39%	969	6.735	14,10%	975	6.916
AOU Careggi	8,47%	849	10.024	8,52%	832	9.761
AOU Senese	10,02%	409	4.082	9,10%	378	4.155
Regione Toscana	10,69%	2.227	20.841	10,49%	2.185	20.832

Fig. 9. Trend della percentuale di attrazione extra Area Vasta per Drg ad alta complessità, anno 2007-2008

10.4. Attrazione extra Regione - B12.2.2

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 2007. Per quanto riguarda la percentuale di attrazioni extra regione si conferma la migliore performance della AOU Pisana con il valore 24,55%, mentre per le attrazioni inerenti i DRG ad alta complessità viene confermata la best practice dell'AOU Meyer con il 15,25%.

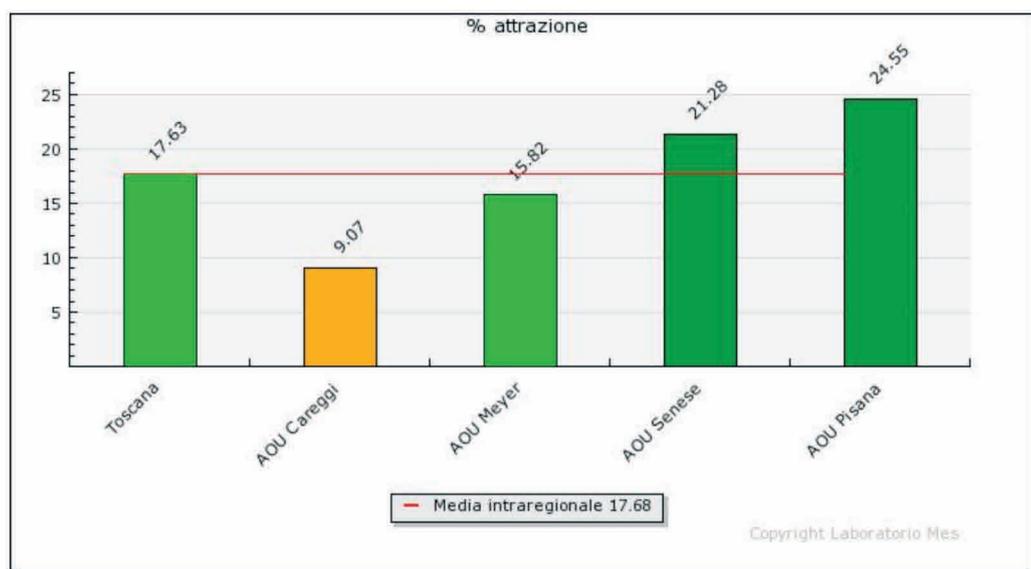


Fig. 10. Percentuale di attrazione extra Regione, anno 2008

Azienda di erogazione	2007			2008		
	Indice di attrazione Extraregionale	N. dimessi non toscani	Totale dimissioni erogate	Indice di attrazione Extraregionale	N. dimessi non toscani	Totale dimissioni erogate
AOU Careggi	9,58%	7.407	77.296	9,07%	6.958	76.732
AOU Meyer	14,90%	2.782	18.667	15,82%	3.075	19.436
AOU Senese	21,25%	8.562	40.296	21,28%	8.638	40.591
AOU Pisana	24,90%	19.444	78.089	24,55%	19.320	78.681
Regione Toscana	17,82%	38.195	214.348	17,63%	37.991	215.440

Fig. 11. Percentuale di attrazione extra Regione, anno 2007-2008

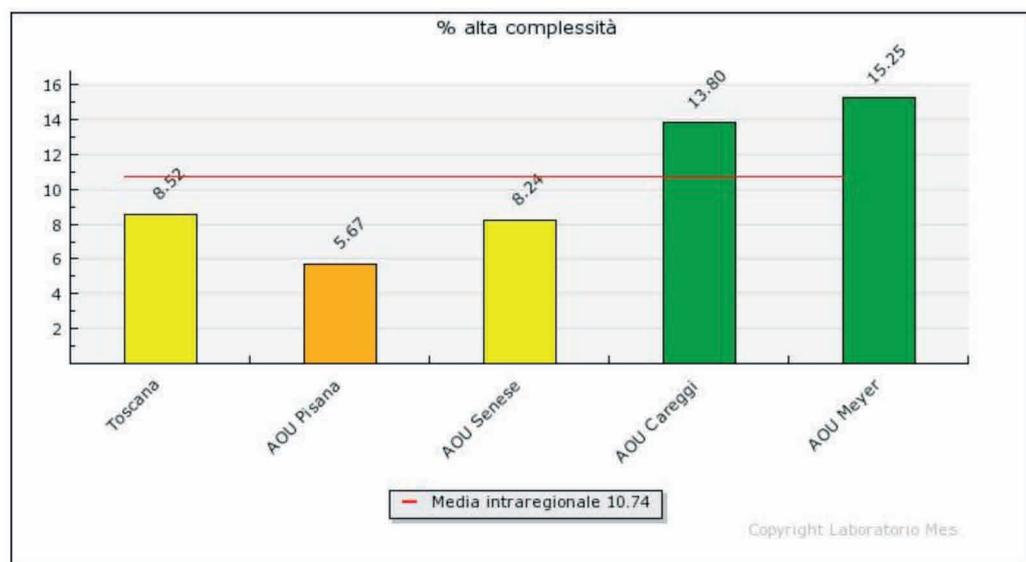


Fig. 12. Percentuale di attrazione extra Regione per DRG ad alta complessità, anno 2008

Azienda di erogazione	% 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	5,90%	1.147	19.444	5,67%	1.096	19.320
AOU Senese	9,11%	780	8.562	8,24%	712	8.638
AOU Careggi	14,63%	1.084	7.407	13,80%	960	6.958
AOU Meyer	14,31%	398	2.782	15,25%	469	3.075
Regione Toscana	8,93%	3.409	38.195	8,52%	3.237	37.991
Media regionale	9,88%	1.004	11.804	9,24%	923	11.639

Fig. 13. Percentuale di attrazione extra Regione per DRG ad alta complessità, anno 2007-2008

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

11. TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE – B14 di F. Sanna

L'indicatore B14 monitora il tempo di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini. 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.

Il Laboratorio MeS monitora tali prestazioni a partire dal mese di Marzo 2007. Le aziende sanitarie toscane inviano i dati relativi ai tempi di attesa ai ricercatori del Laboratorio MeS in un giorno del mese scelto e non comunicato preventivamente all'azienda. L'invio dei dati avviene 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).

L'indagine, relativa all'anno 2008, fotografa una buona capacità delle aziende di raggiungere l'obiettivo riportando una media regionale pari al 91%⁵, con un miglioramento rispetto allo scarso anno pari al 7%⁶. Per le prestazioni di diagnostica per immagini si evidenziano i risultati dell'Ausl 8 di Arezzo, dell'Ausl 9 di Grosseto, dell'Ausl 10 di Firenze-Azienda Ospedaliera di Careggi che riportano un risultato pari al 100%.

⁵ 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.

⁶ Si ricorda che per l'anno 2007 l'indagine è stata effettuata a partire del mese di Marzo.

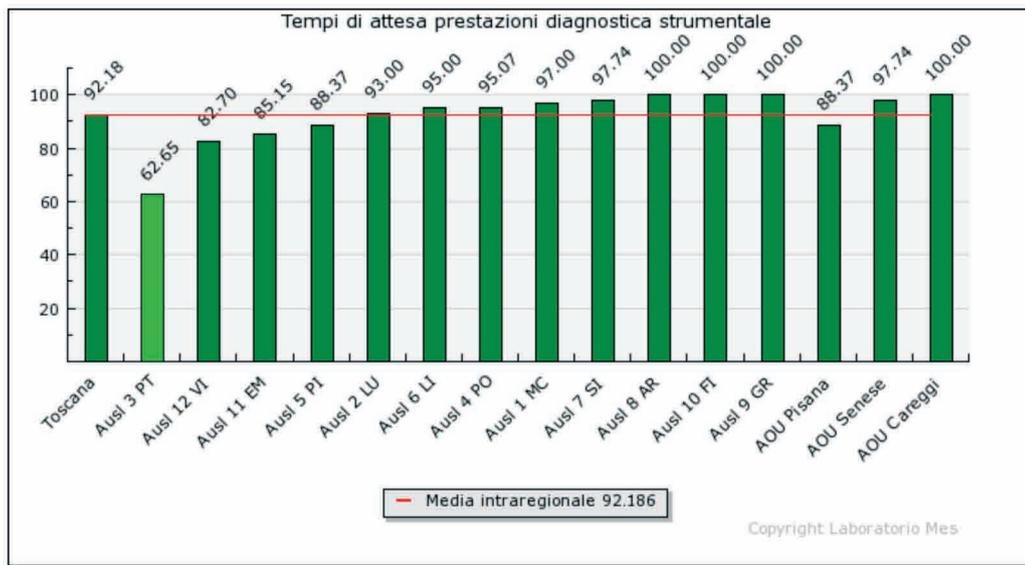


Fig. 1. Valutazione tempi di attesa per le prestazioni di diagnostica strumentale, anno 2008

Azienda di erogazione	anno 2007	anno 2008
AUSL 1 MC	89%	97,25%
AUSL 2 LU	59%	92,80%
AUSL 3 PT	38%	62,66%
AUSL 4 PO	86%	95,07%
AUSL 5 PI- AOU Pisana	96%	88,37%
AUSL 6 LI	85%	94,91%
AUSL 7 SI- AOU Senese	98%	97,74%
AUSL 8 AR	99%	99,83%
AUSL 9 GR	100%	100%
AUSL 10 FI- AOU Careggi	95%	100%
AUSL 11 EM	93%	85,15%
AUSL 12 VI	82%	82,70%
Regione Toscana	85%	91%

Fig. 2. Trend valutazione tempi di attesa per le prestazioni di diagnostica strumentale, anno 2007-2008

Quali sono le prestazioni di diagnostica per immagini più critiche, nelle quali il tempo di attesa medio è maggiore? Le criticità maggiori, come dimostrato nel grafico sottostante, si riscontrano nelle ecografie in particolare per l'ecografia alla mammella per cui il tempo di attesa medio è pari a 24,5 giorni fino ad arrivare all'ecografia all'addome inferiore il cui tempo di attesa medio è pari a 18,4 giorni.

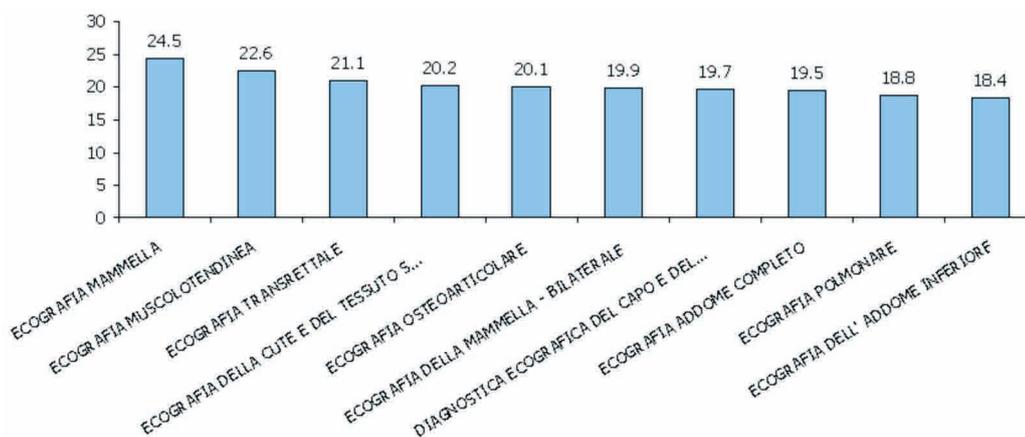


Fig. 3. Tempi medi di attesa per le prestazioni di diagnostica strumentale più critiche, anno 2008

12. CAPACITÀ ATTIVITÀ DELLA RICERCA – B15 *di S. Barsanti*

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

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

Ai fini di poter valutare e monitorare l'attività di pubblicazione delle AOU, è stata impostata un'analisi sia in termini quantitativi, sia in termini qualitativi, di articoli pubblicati in riviste aventi diffusione internazionale censite dal Journal Citation Report (JCR-Science Edition 2005) per gli anni 2004-2008 (si considerano le pubblicazioni fino a ottobre 2008).

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

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

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

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

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

Al fine di poter effettuare tale analisi è stato predisposto un software specifico, in collaborazione con Dott. Valerio Batini, AOU Pisana, grazie al quale è possibile calcolare l'IF relativo ad ogni articolo. Tale programma permette di:

1. Ricercare delle parole chiave nelle descrizioni aziendali;
2. validare delle pubblicazioni con i seguenti parametri:
 - massimo numero di autori per pubblicazione (esistono pubblicazioni, per la maggior parte lettere o osservazione all'editore, firmate da centinaia o migliaia di nominativi);
 - minimo numero di coautori della stessa azienda (se ad esempio si inserisce 2 il sistema ricerca tra gli autori della stessa pubblicazione 2 nominativi presenti tra i dipendenti aziendali);
 - minimo numero di coautori extra-azienda (se ad esempio si inserisce 5 il sistema ricerca tra tutti i coautori per la persona selezionata altre pubblicazioni con tali coautori) ;
3. selezionare le pubblicazioni; vengono considerate le pubblicazioni delle aziende che evidenziano:
 - o contengo il nome dell'azienda nel campo descrizione istituzione, indipendentemente dal n. di autori considerati;
 - o contengono tra gli autori il minimo n. di coautori scelto da ricercare tra i nominativi dei dipendenti;
 - o contengono tra gli autori il minimo n. di coautori extra-azienda scelto.

Le pubblicazioni così estratte sono consegnate alle aziende che hanno il compito di segnalare eventuali pubblicazioni eccedenti o mancanti.

Si riportano di seguito i primi risultati, in attesa dei dati definitivi dalle aziende.

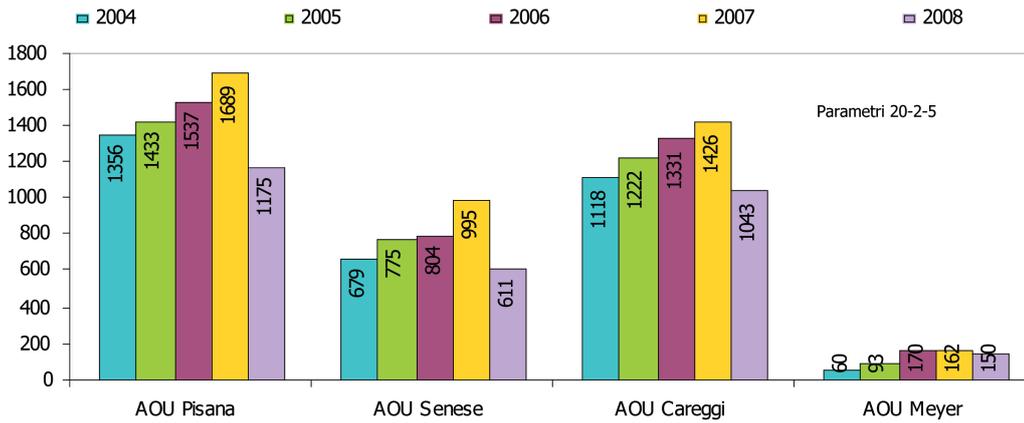


Fig 1. Articoli pubblicati trend 2004-2008

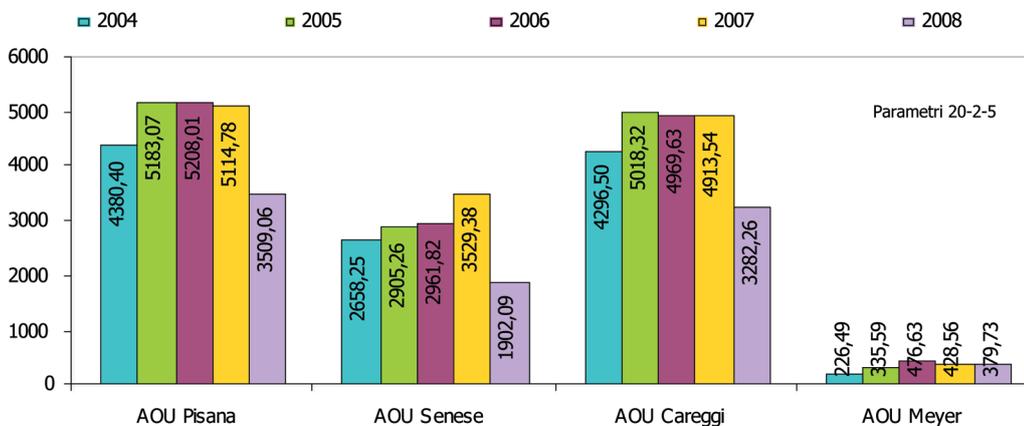


Fig 2. Impact factor totale trend 2004-2008

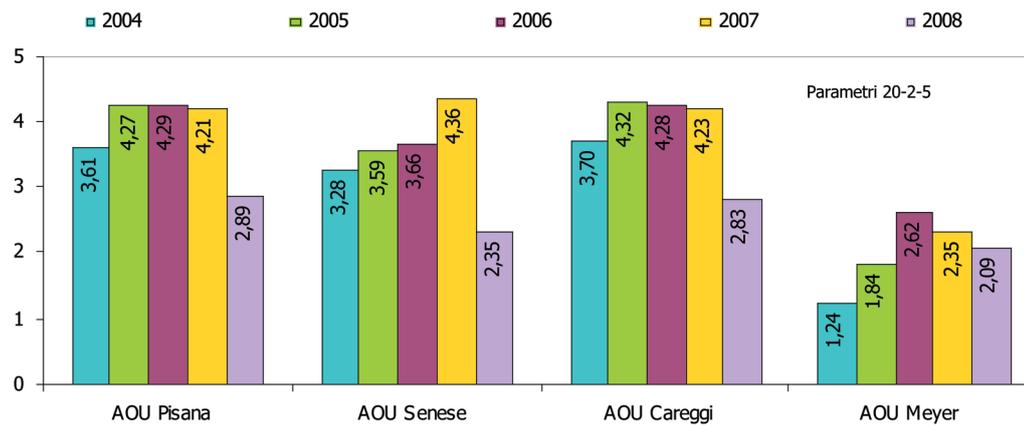


Fig 3. Impact factor per dirigente trend 2004-2008

13. COMUNICAZIONE E PARTECIPAZIONE DEL CITTADINO – B16 *di S. Barsanti, A. Mengoni*

Comunicazione e partecipazione dei pazienti alle proprie cure e all'organizzazione stessa del sistema sanitario costituiscono presupposti fondamentali per garantire un accesso equo, consapevole e corretto verso le prestazioni sanitarie. L'indicatore B16 ha lo scopo di mettere a confronto da una parte ciò che le aziende sanitarie dichiarano di mettere in atto in termini di informazione sui propri servizi e coinvolgimento dei pazienti e dall'altra, a loro volta, quanto i pazienti dichiarano di essere soddisfatti sulla capacità delle stesse aziende di informare gli utenti.

Tale indicatore permette quindi non solo una chiave di lettura duplice in termini di comunicazione aziendale, ma anche la possibilità al management di confrontarsi in benchmarking con le altre aziende e di capire se le proprie strategie di comunicazione rispondano effettivamente ai bisogni espressi dai cittadini.

A livello regionale la valutazione è di 2.40, con evidenti spazi di miglioramento da parte delle aziende, soprattutto sulla parte di soddisfazione del cittadino.

Descrizione	Performance	Anno indicatore
B16 - comunicazione e partecipazione del cittadino	2.40	2008

Fig. 1. Struttura albero comunicazione e partecipazione del cittadino, anno 2008

➤ B16.1 Carta dei servizi	2.84
➤ B16.1.1 % impegni raggiunti	3.13
➤ B16.1.2 Comitato di partecipazione	1.67
➤ B16.2 Front office	3.56
➤ B16.3 Capacità di informazione	1.82

La valutazione di sintesi di tale indicatore è rappresentata nella figura sottostante.

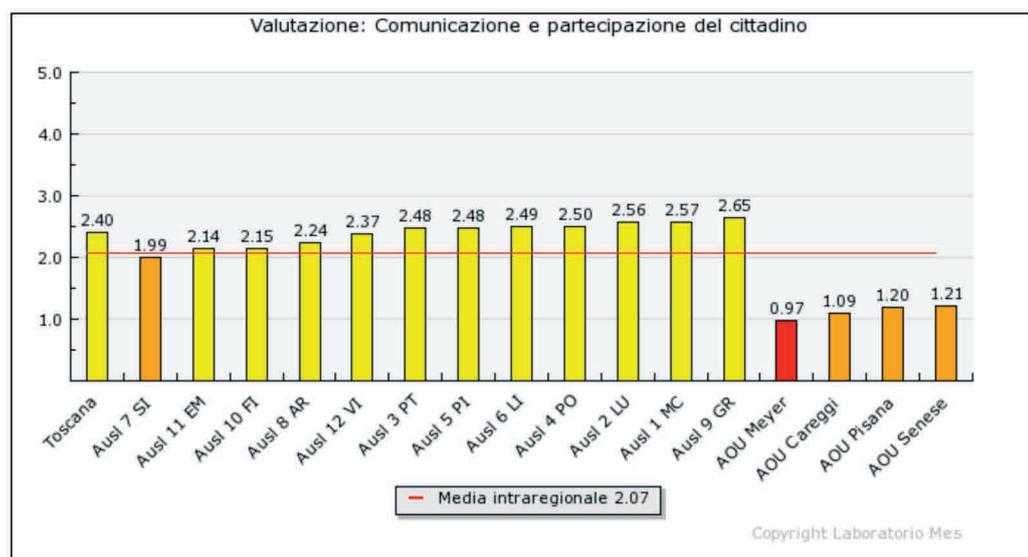


Fig. 2. Valutazione comunicazione e partecipazione del cittadino, anno 2008

13.1. Sistema carta dei servizi – B16.1

L'indicatore B16.1 considera il sistema carta dei servizi, il cui scopo è quello di far conoscere ai propri utenti le attività offerte e i livelli di qualità garantiti, con particolare riguardo l'umanizzazione, il diritto all'informazione e la tutela dei diritti.

In tale contesto la giunta Regionale ha approvato un repertorio di 32 impegni da raggiungere, comuni per tutte le aziende sanitarie, quali ad esempio il numero telefonico unico per l'informazione sui servizi, l'ampliamento delle fasce orarie di visita nei presidi di ricovero, la disponibilità alla mediazione culturale per gli utenti stranieri. La prima parte dell'indicatore si riferisce quindi a quanti impegni le aziende hanno dichiarato di aver raggiunto dei 32 fissati. Data la particolare importanza della presenza o meno del comitato di partecipazione, si è deciso di inserire un indicatore indipendente su tale punto al quale viene assegnata una valutazione scalare a seconda di quanto le aziende hanno dichiarato.

L'indicatore B16.1.1 pesa l'80% della valutazione complessiva dell'indicatore B16.1, mentre l'indicatore B16.1.2 pesa il restante 20%.

Per quanto riguarda il front-office, infine, sono da segnalare molto buone le performance della AUSL 10 di Firenze, AUSL 1 di Massa Carrara, l'AUSL 2 di Lucca e l'AUSL 11 di Empoli. La valutazione di tale indicatore viene espressa sulla base delle fasce riportate nella figura seguente.

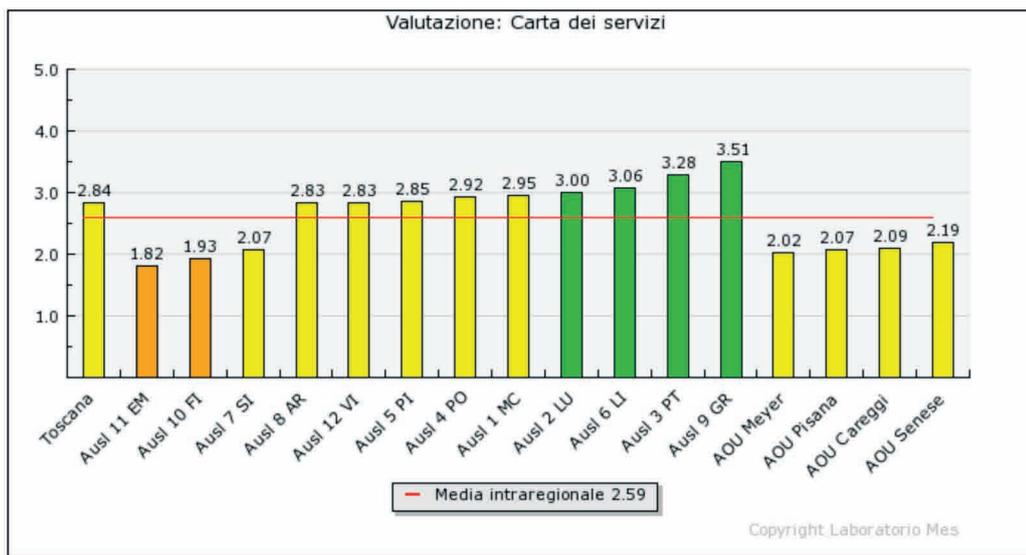


Fig. 3. Valutazione sistema carta dei servizi, anno 2008

13.1.1. Percentuale impegni raggiunti – B16.1.1

Per quanto riguarda gli impegni raggiunti, soltanto l'AUSL 10 di Firenze mostra una valutazione in fascia arancione; da segnalare anche la valutazione in fascia gialla delle aziende ospedaliero-universitarie.

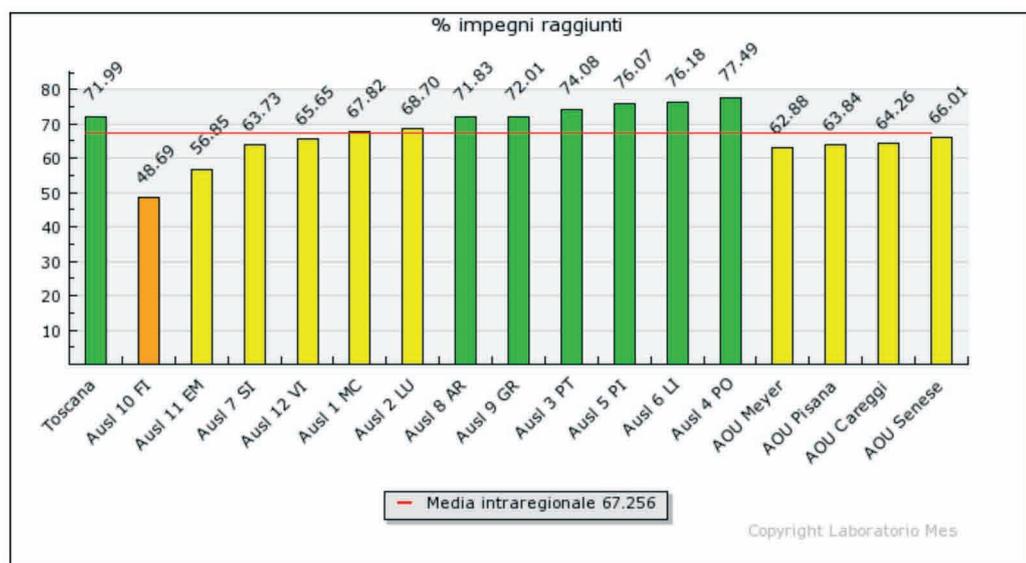


Fig. 4. valutazione % impegni raggiunti, anno 2008

13.1.2. Comitato di partecipazione – B16.1.2

Alta variabilità si registra per la presenza o meno del comitato di partecipazione, in cui le aziende ospedaliero-universitarie hanno una scarsa performance. La valutazione di tale indicatore considera i seguenti punti:

- se è presente un comitato aziendale oppure l'azienda si avvale del/i Comitato/i delle SDS ;
- se il Comitato aziendale lavora in raccordo con il /i Comitato/i delle SDS;
- se il Comitato (aziendale o della SDS) effettua riunioni almeno trimestrali;
- o collabora alla realizzazione della carta dei servizi;
- se il Comitato effettua ispezioni sulla base di direttive aziendali e/o regionali.

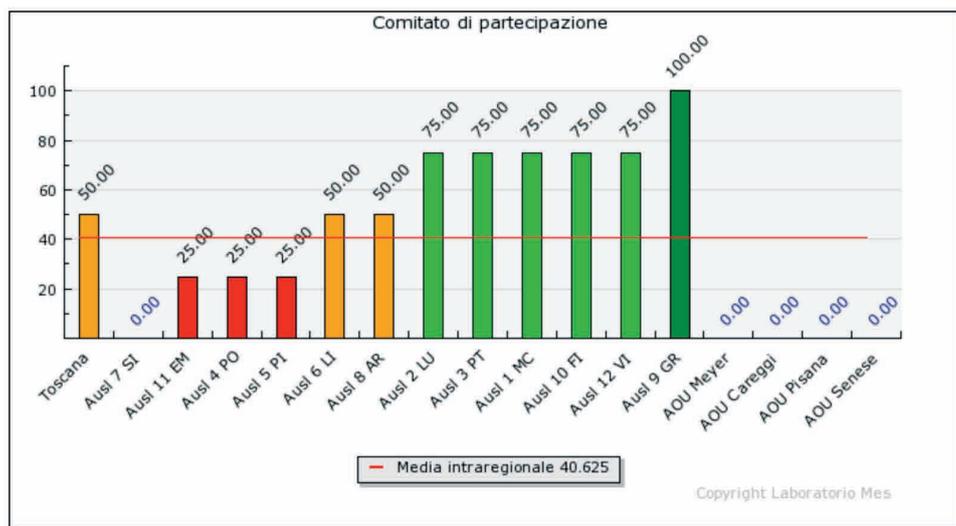


Fig. 5. valutazione comitato partecipazione, anno 2008

13.2. Front office – B16.2

L'indicatore B16.2, invece, si riferisce ai servizi di front-office, valutando in ottica di confronto, gli orari di apertura del front office telefonico.

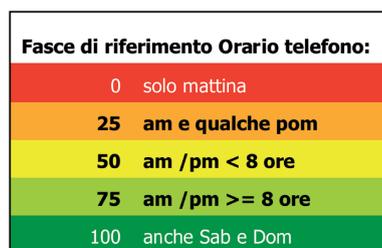


Fig. 6. Fasce di valutazione Front office, anno 2008

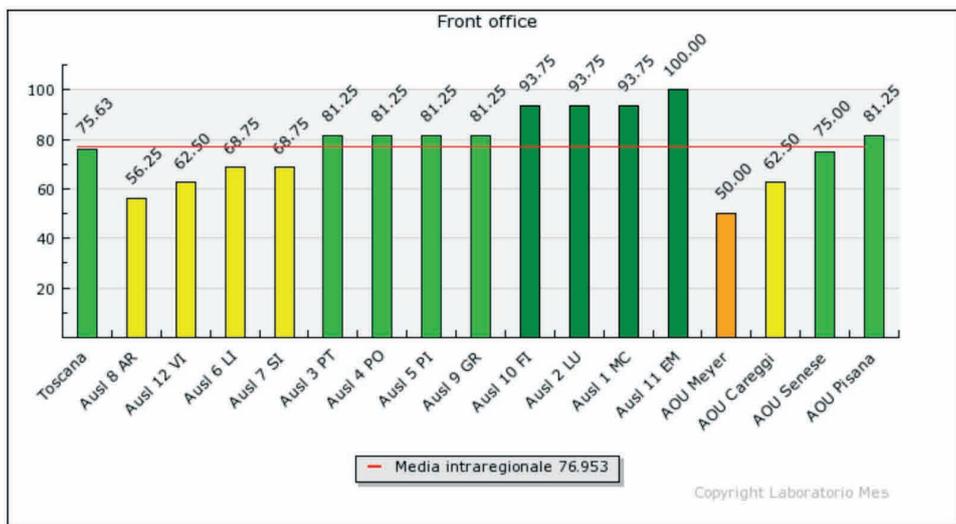


Fig. 7. valutazione Front office, anno 2008

13.3. Capacità di informazione – B16.3

Il B16.3 verifica quanto i cittadini toscani si sentono informati sui servizi messi a loro disposizione dalla azienda sanitaria di residenza. È un sottoindicatore introdotto nel 2007 e precedentemente classificato come D16. La valutazione su scala da 0 a 5 è calcolata partendo dalle risposte dei cittadini alla domanda "Quanto si ritiene informato sui servizi offerti dalla sua azienda usl?".

Al fine di correggere delle distorsioni nei risultati, intrinsecamente correlate all'utilizzo della lista campionaria degli abbonati alla telefonia fissa, ai risultati del 2008 sono stati applicati dei pesi appositamente attribuiti a seconda del sesso, dell'età e della zona-distretto del rispondente. Le percentuali riportate e le conseguenti valutazioni sono dunque aggiustate in base a tali pesi, mentre il numero degli intervistati si riferisce alla quantità esatta di questionari compilati. Considerato il collegamento del sottoindicatore ad incentivi economici, i risultati sono stati elaborati anche senza l'utilizzo dei pesi.

La performance media regionale è scarsa (fascia arancione), con valutazioni aziendali che oscillano tra l'1,59 e l'1,97. Anche quest'anno, è questo l'aspetto più critico misurato nella dimensione della valutazione esterna.

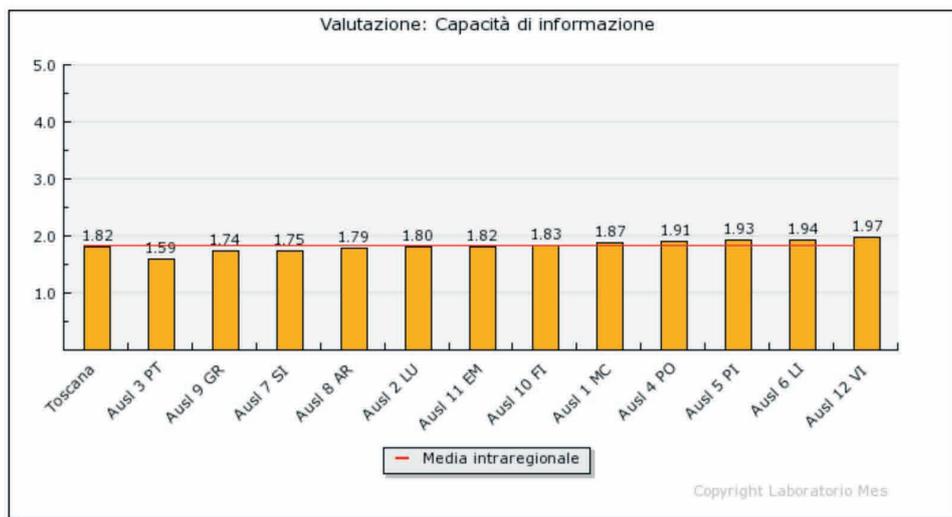


Fig. 8. Valutazione della capacità di informazione, anno 2008

Infatti, rispetto ai valori dell'anno precedente, le rilevazioni 2008 evidenziano un trend in peggioramento per tutte le AUSL, eccezion fatta per la AUSL 1 di Massa Carrara. Se infatti nel 2007 i risultati erano già molto insoddisfacenti, il 2008 segna l'anno del superamento della soglia del 50% di cittadini insoddisfatti. Alla domanda "Quanto si ritiene informato (su una scala da 1 a 5) sui servizi offerti dalla sua Azienda USL, ovvero su come e dove accedere ai servizi" il 16% ha risposto "per niente (1)", il 39% "poco (2)", il 30% "così così (3)", e solo il 12% ed il 3% dei rispondenti si reputa rispettivamente "molto (4)" e "totalmente (5)" informato.

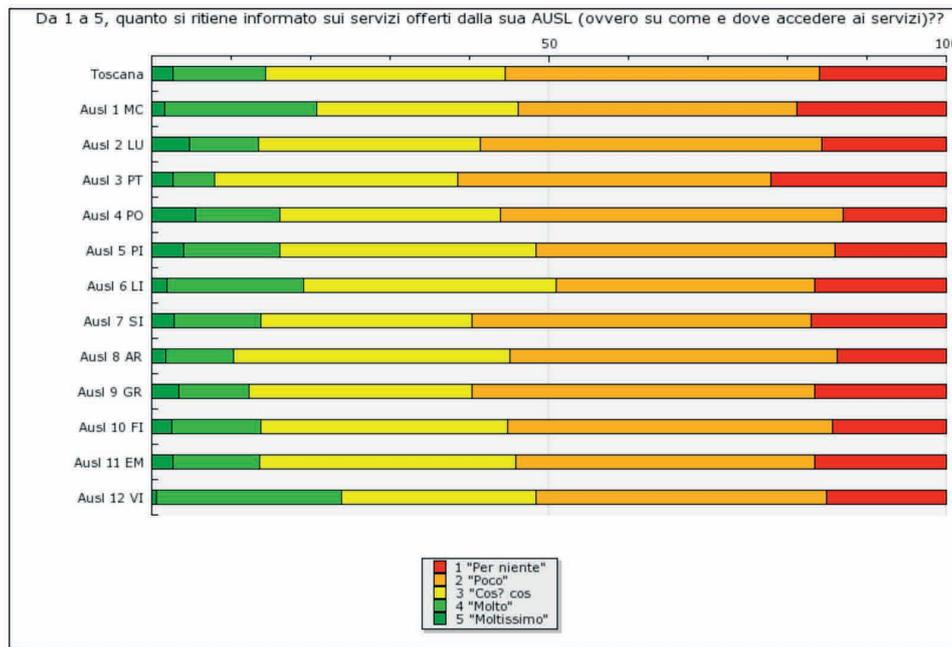


Fig. 9. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Da 1 a 5, quanto si ritiene informato sui servizi offerti dalla sua AUSL (ovvero su come e dove accedere ai servizi)?", anno 2008 (Dati pesati)

Da 1 a 5, quanto si ritiene informato sui servizi offerti dalla sua AUSL (ovvero su come e dove accedere ai servizi)?							
Azienda	5 "Moltissimo"	4 "Molto"	3 "Così così"	2 "Poco"	1 "Per niente"	N. osservazioni	Valutazione 2008
AUSL 1 MC	1,62	19,15	25,32	35,06	18,83	411	1,87
AUSL 2 LU	4,80	8,65	27,88	42,94	15,70	410	1,80
AUSL 3 PT	2,64	5,29	30,58	39,41	22,05	410	1,59
AUSL 4 PO	5,55	10,49	27,77	43,20	12,96	205	1,91
AUSL 5 PI	3,96	12,10	32,35	37,57	13,98	616	1,93
AUSL 6 LI	1,90	17,13	31,91	32,50	16,54	818	1,94
AUSL 7 SI	2,79	11,00	26,51	42,63	17,05	815	1,75
AUSL 8 AR	1,79	8,50	34,73	41,31	13,65	1.053	1,79
AUSL 9 GR	3,42	8,80	28,05	43,23	16,47	815	1,74
AUSL 10 FI	2,51	11,18	31,02	40,94	14,33	820	1,83
AUSL 11 EM	2,71	10,84	32,20	37,62	16,61	407	1,82
AUSL 12 VI	0,55	23,33	24,44	36,66	15,00	205	1,97
Regione Toscana	2,74	11,59	30,17	39,52	15,95	6.985	1,82

Fig. 10. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Da 1 a 5, quanto si ritiene informato sui servizi offerti dalla sua AUSL (ovvero su come e dove accedere ai servizi)?", anno 2008 (Dati pesati)

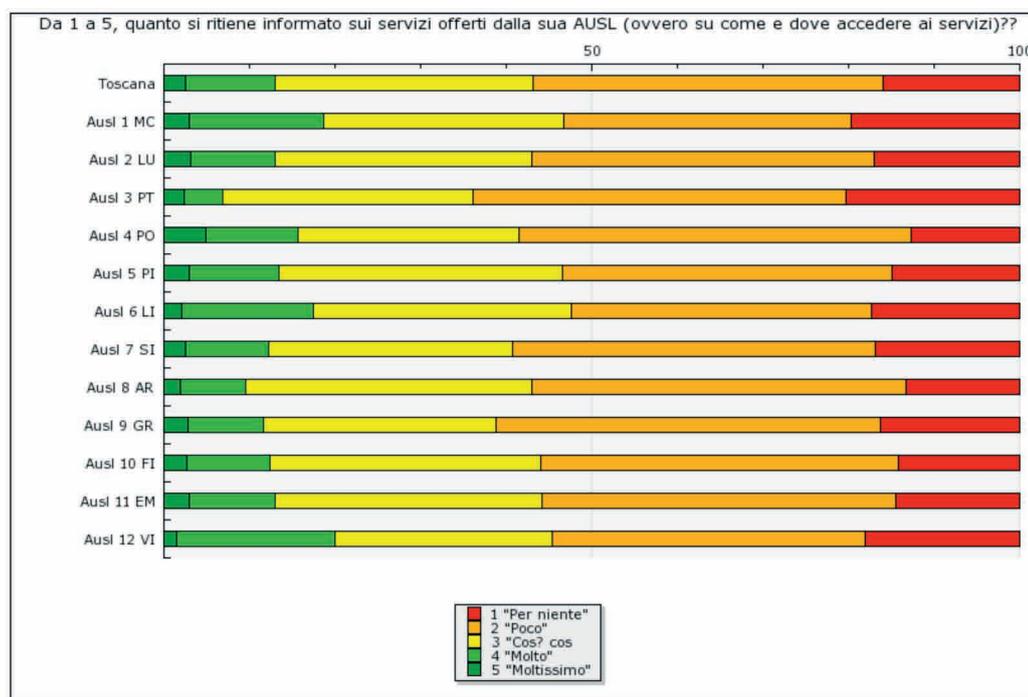


Fig. 11. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Da 1 a 5, quanto si ritiene informato sui servizi offerti dalla sua AUSL (ovvero su come e dove accedere ai servizi)?", anno 2008 (Dati non pesati)

Da 1 a 5, quanto si ritiene informato sui servizi offerti dalla sua AUSL (ovvero su come e dove accedere ai servizi)?							
Azienda	5 "Moltissimo"	4 "Molto"	3 "Così così"	2 "Poco"	1 "Per niente"	N. osservazioni	Valutazione 2008
AUSL 1 MC	1,62	19,15	25,32	35,06	18,83	411	1,87
AUSL 2 LU	4,80	8,65	27,88	42,94	15,70	410	1,80
AUSL 3 PT	2,64	5,29	30,58	39,41	22,05	410	1,59
AUSL 4 PO	5,55	10,49	27,77	43,20	12,96	205	1,91
AUSL 5 PI	3,96	12,10	32,35	37,57	13,98	616	1,93
AUSL 6 LI	1,90	17,13	31,91	32,50	16,54	818	1,94
AUSL 7 SI	2,79	11,00	26,51	42,63	17,05	815	1,75
AUSL 8 AR	1,79	8,50	34,73	41,31	13,65	1.053	1,79
AUSL 9 GR	3,42	8,80	28,05	43,23	16,47	815	1,74
AUSL 10 FI	2,51	11,18	31,02	40,94	14,33	820	1,83
AUSL 11 EM	2,71	10,84	32,20	37,62	16,61	407	1,82
AUSL 12 VI	0,55	23,33	24,44	36,66	15,00	205	1,97
Regione Toscana	2,74	11,59	30,17	39,52	15,95	6.985	1,82

Fig. 12. Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda "Da 1 a 5, quanto si ritiene informato sui servizi offerti dalla sua AUSL (ovvero su come e dove accedere ai servizi)?", anno 2008 (Dati non pesati)

