

PARTE I

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLE SOCIETÀ DELLA SALUTE/ZONE-DISTRETTO DELLA SANITÀ TOSCANA

a cura di Sabina Nuti e Sara Barsanti

1. Il fabbisogno di governance integrata dei sistemi socio-sanitari (S. Nuti)

È ormai condiviso che, per migliorare la salute ed il benessere dei cittadini, sia necessario, nei sistemi pubblici universalistici, offrire l'accesso e l'erogazione dei servizi garantendo un approccio integrato socio sanitario. È infatti dimostrato che i fattori della salute sono fortemente influenzati dai comportamenti adottati e dagli stili di vita e che questi, a loro volta, sono in buona misura dipendenti dal livello socio culturale. In termini di sostenibilità del sistema sociosanitario stesso è inoltre dimostrato che è più proficuo agire sugli aspetti sociali e di prevenzione che sulla fase acuta della malattia. Malgrado vi siano evidenze scientifiche certe su questo aspetto, le politiche sanitarie adottate dai governi regionali e nazionali ne tengono conto a fatica. Molti piani sanitari nazionali e regionali nella fase introduttiva dichiarano, tra i principi ispiratori dell'azione programmata, di voler perseguire il benessere socio sanitario della persona, inteso non solo come assenza di patologie ma come realizzazione equilibrata della persona in un contesto attento a tutti i fattori che possono influire sulla salute, anche di carattere non sanitario. Nonostante tali dichiarazioni, nei fatti e negli obiettivi specifici, sono pochi i sistemi che riescono effettivamente a coniugare la dimensione sociale con quella sanitaria e che sono capaci di orientare sistematicamente l'azione dei soggetti che operano nel sistema verso l'integrazione dei due aspetti per farne un unico, potente riferimento dei comportamenti adottati e delle attività svolte. Questa problematica è particolarmente presente in Italia anche a causa del diverso assetto istituzionale e distribuzione delle competenze agli enti locali. In molti contesti regionali le competenze sono rimaste distinte ai diversi livelli. Benché nella maggior parte dei casi il bisogno sociale tende a sovrapporsi al bisogno sanitario, che gli utenti in situazione di necessità in termini sociali sono anche affetti da patologie più o meno croniche e critiche, e che quindi gli interventi richiesti su entrambi i fronti sono destinati agli stessi utenti.

Lo sviluppo del sistema di *welfare* italiano infatti ha storicamente privilegiato una corrispondenza diretta tra bisogno (o gruppi di bisogni) e titolarità della funzione pubblica preposta, allo scopo di favorire una divisione di ruolo tra diversi Enti assistenziali nonché una progressiva specializzazione delle risposte. Così mentre agli Enti territoriali competono normalmente diversi servizi pubblici locali (tra cui l'assistenza sociale), agli Enti sanitari l'assistenza medica, agli Enti previdenziali altri servizi ancora. Questo modello basato su una correlazione univoca tra bisogni e funzioni ha comportato nel tempo lo sviluppo di normative ad-hoc, flussi di finanziamento indipendenti, modalità di erogazione dei servizi eterogenee. Nel frattempo però i bisogni socio-sanitari dei cittadini si sono evoluti per effetto di diverse determinanti (es. invecchiamento, comportamenti e stili di vita, innovazione tecnologica, ecc.), con crescenti sovrapposizioni che rischiano di mettere sempre più in crisi una divisione rigida dei ruoli nelle fasi di programmazione, organizzazione e gestione di singoli servizi assistenziali. Malgrado il frastagliamento delle soluzioni istituzionali ed organizzative permane il grande fabbisogno a tutti i livelli di una sistema di governance integrato che permetta di valutare le azioni intraprese in termini congiunti.

Ma come orientare allora l'azione degli operatori in modo integrato? Come dotarsi di un sistema di governance capace di guidare l'azione in questi termini?

La Regione Toscana ha intuito la necessità di tornare a far convergere i diversi interessi istituzionali, in particolare per quanto riguarda l'assistenza socio-sanitaria, sia avviando la sperimentazione delle Società della Salute, in via di consolidamento definitivo mediante la revisione della Legge 40 e sia mediante la nomina, all'interno della Giunta Regionale, di un unico assessore regionale con responsabilità sia per la parte sanitaria che per la parte di integrazione sociosanitaria. Nel nuovo scenario in divenire per gli Enti locali diviene dunque fondamentale poter interpretare le evoluzioni in corso, in particolare quelle concernenti il Servizio Sanitario Regionale, allo scopo di individuare sinergie istituzionali, nuove modalità di integrazione socio-sanitaria, utili a soddisfare la domanda dei cittadini, garantendo al contempo un uso ottimale delle risorse pubbliche.

Come in altri contesti regionali, la sfida per il futuro risiede infatti nello sviluppo di un sistema di governance inter-istituzionale, in grado di far dialogare Enti locali, Enti sanitari ed assistenziali (terzo settore compreso). In particolare il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 approvato nel mese di luglio 2008 identifica la "sanità di iniziativa" quale metodologia di risposta ai principali bisogni a valenza territoriale, intesa come proposta di una sanità che non attende che il cittadino arrivi ai servizi ma è capace di orientare l'attività verso chi «meno sa e meno può» e che per questo si trova a rischio continuo di caduta assistenziale e persino di non espressione del bisogno.

In questo senso si propone di adottare modelli d'intervento che superino il rischio di una distribuzione di «parti uguali tra disuguali» a favore di un approccio proattivo capace di fornire servizi diversi in base al bisogno. Questo tipo di approccio integrato per l'erogazione di servizi sociosanitari capaci di garantire una risposta adeguata, necessita di un sistema di governance multidimensionale e coerente, che rappresenti in primo luogo uno strumento di comunicazione e linguaggio

comune dei soggetti coinvolti nel governo e nella gestione dei servizi socio sanitari.

Questo sistema di governance, oltre all'integrazione della componente sociale con quella sanitaria, deve garantire altri due aspetti essenziali:

- il collegamento sistematico tra programmazione e valutazione dei risultati: la Pubblica Amministrazione in Italia, soprattutto nel contesto dei servizi di pubblica utilità, è particolarmente ricca di esempi di pianificazione e programmazione delle attività ma assai carente in termini di verifica dei risultati conseguiti. L'orientamento alla programmazione è talmente forte che in molti contesti è frequente ripartire con un nuovo ciclo di programmazione delle azioni senza aver considerato alcun dato di verifica dell'andamento del ciclo precedente. L'enfasi infatti si focalizza molto di più sul processo politico di condivisione delle azioni programmate che sul giudizio dell'efficacia delle scelte adottate in passato e sulle relative responsabilità.
- la coerenza tra i diversi livelli di programmazione e di valutazione dei risultati tra i soggetti del sistema: Regione, Aziende, Zone - distretto e Società della Salute devono ritrovarsi negli specifici ambiti di responsabilità in un sistema di governance che in parte è comune ed in parte si articola in base alle specificità della realtà locale. Considerando il Piano Sanitario regionale le priorità strategiche di azione devono ritrovarsi anche a livello locale, pur con le dovute specificità.

Con queste premesse il Laboratorio Management e Sanità ha intrapreso un percorso complesso con l'obiettivo di progettare e implementare un sistema di governance integrato a supporto della programmazione e la valutazione dei servizi socio sanitari a livello di zona, di azienda e per il sistema nel suo complesso. Questo volume presenta il report di valutazione delle Società della Salute/zone-distretto per l'anno 2009, in cui si illustrano sia gli indicatori in uso nel sistema di valutazione della performance adottato dalla Regione Toscana per le aziende sanitarie locali sia indicatori specifici calcolati per SdS/zona - distretto, sia specifici indicatori. L'obiettivo è quello di fornire alle Società della Salute evidenze sistematiche da considerare sia in fase di predisposizione dei Piani integrati di Salute, sia per aprire un dibattito sul percorso ancora da compiere in termini di indicatori mancanti da condividere e introdurre a supporto della governance locale, aziendale e regionale.

Il sistema proposto in nessun modo pretende di essere esaustivo relativamente ai fabbisogni di governance e di valutazione dei risultati per le SdS/zone-distretto ma si propone come strumento per il management locale, ma anche per la regione, per valutare le differenze tra i territori ed individuare attraverso il confronto le aree di eccellenza e gli aspetti su cui è auspicabile intervenire per garantire un servizio adeguato ed equo ai cittadini.

Nei capitoli successivi si illustrano la struttura del sistema, i prospetti di sintesi rappresentativi della valutazione per ciascuna zona distretto con i dati ad oggi disponibili, nonché le logiche con cui la valutazione dei risultati in termini gestionali possa integrarsi e supportare il processo di programmazione socio sanitaria locale per la predisposizione dei piani integrati di salute.

2. La struttura del sistema di valutazione di SdS/zona-distretto (S. Nuti)

Il sistema di valutazione delle zone-distretto del sistema sanitario della Regione Toscana presentato in questo report segue gli stessi criteri e la stessa metodologia del sistema di valutazione della performance delle Aziende Sanitarie, adottato in tutto il sistema sanitario toscano a partire dal 2005. Nel 2007, infatti, la Direzione Regionale delle Politiche Sociali e di Solidarietà ha richiesto di estendere la valutazione dei risultati, sino ad allora calcolati per singola azienda, a livello di SdS/zona-distretto, includendo quindi nelle logiche della valutazione anche l'area relativa ai servizi socio-sanitari. Caratteristica fondante del sistema valutazione è la sua multidimensionalità: il sistema socio-sanitario, infatti, rappresenta un contesto complesso che può e deve essere monitorato e misurato solo attraverso indicatori di sintesi capaci di evidenziare le numerose sfaccettature del sistema stesso. Devono infatti essere oggetto di misurazione non solo le performance cliniche ed economiche, ma anche quelle organizzative, di comunicazione, di soddisfazione degli utenti rispetto a servizi ed attività ed infine di equità di accesso ed utilizzo dei servizi. Solo la valutazione dell'insieme di tali aspetti può fornire una lettura sufficientemente ampia del sistema e delle sue performance, capace di evidenziare al management sanitario le possibili leve su cui agire per il miglioramento dei singoli servizi offerti e del sistema nel suo complesso.

Per le SdS/zone-distretto le dimensioni di valutazione coincidono in buona parte con quelle aziendali e sono:

- a) **Valutazione della salute della popolazione e caratteristiche socio-demografiche:** è utile chiarire fin da subito che le caratteristiche di una popolazione non indicano la performance né di una azienda né di una zona distretto. Tali caratteristiche sono però di supporto a tutto il processo di programmazione che il territorio deve mettere in atto per rispondere alle esigenze della popolazione a cui esso si rivolge. Una zona, infatti, con un'alta percentuale di anziani, un basso livello di scolarizzazione e un'alta percentuale di famiglie povere dovrà essere il grado di supportare una serie di servizi in materia di anziani, adulti a rischio di povertà, ecc.; tali servizi, invece, saranno implementati in modo diverso in una zona dove, invece, la popolazione è mediamente più giovane, ricca ed istruita. Gli indicatori di questa dimensione rappresentano quindi dei punti di partenza ed arrivo del sistema di valutazione. Gli indicatori di tale area di valutazione analizzano principalmente lo stato di salute della popolazione, attraverso alcuni tassi di mortalità, le caratteristiche demografiche della popolazione, come l'indice di dipendenza e di natalità, le caratteristiche socio-economiche della popolazione, come il livello di istruzione e di povertà. Il Psr, quando propone una «sanità di iniziativa» intende appunto implementare azioni capaci di rispondere in modo specifico ad una domanda «segmentata» in base alle caratteristiche della popolazione a cui si rivolge.
- b) **Valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali:** le aziende sanitarie, operando in logica di

squadra e non solo come strutture autonome, devono mettere in atto gli orientamenti regionali e le delibere previste a livello regionale. Gli obiettivi e le strategie regionali, infatti, previsti nel Piano sanitario regionale, nel Piano integrato sociale regionale, o in entrambi se si fa riferimento ai servizi integrati, devono poter essere monitorati ad ogni livello, sia di azienda, che di zona-distretto. Se infatti un obiettivo, come ad esempio la copertura vaccinale, è raggiunto a livello medio aziendale, non è detto che lo stesso obiettivo sia raggiunto da ogni zona facente parte dell'azienda stessa. È importante quindi che tali obiettivi ed indicatori siano declinati fino al livello zonale, al fine di evidenziare le criticità e gli spazi di miglioramento. Tale area, una volta messo a regime il sistema, potrà inoltre comprendere il monitoraggio e la valutazione delle strategie specifiche di zona-distretto e/o di Società della salute richieste dalla regione.

- c) **Valutazione socio-sanitaria:** in questa dimensione sono compresi i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema socio-sanitario in particolar modo per la medicina territoriale, l'attività specialistica e diagnostica, la prevenzione, l'attività dei consultori e dei distretti e le attività legate ai servizi di integrazione.
- d) **Valutazione esterna:** in questa dimensione si considera il punto di vista della popolazione e degli utenti stessi dei servizi di SdS/zona-distretto e delle attività ad essa correlate attraverso la valutazione della soddisfazione e di esperienza.
- e) **Valutazione interna:** in questa dimensione viene considerato il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie afferente alle attività e ai servizi erogati esclusivamente dalle zone. Ormai molti studi evidenziano la rilevante correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, il clima organizzativo aziendale e la soddisfazione degli utenti dei servizi erogati. Puntare sul miglioramento dei risultati, quindi, necessita di una rilevante focalizzazione sui sistemi e i meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati. In questa dimensione viene compreso anche il tasso di assenza che rappresenta un indicatore significativo dello stato di «salute organizzativa».
- f) **Valutazione economico-finanziaria e di efficienza operativa:** in tale area di valutazione, se per le aziende si verifica la capacità di perseguire le tre condizioni di equilibrio della dinamica economico finanziaria, ossia l'equilibrio reddituale, l'equilibrio monetario, finanziario e patrimoniale, per le zone si misurano la spesa sociale e quella sanitaria territoriale. In questa dimensione sono inoltre oggetto di osservazione indicatori di efficienza operativa che possano evidenziare la produttività delle risorse e l'utilizzo di strumenti gestionali orientati all'ottimizzazione e razionalizzazione dell'uso delle risorse disponibili. Sono quindi oggetto di valutazione il funzionamento dei servizi interni (controllo di gestione, approvvigionamenti, sistema informativo) e la capacità di utilizzo da parte dell'azienda degli strumenti fondamentali di management (meccanismi di programmazione e controllo, formazione, comunicazione interna).

Così come per la valutazione della performance aziendale, affinché la valutazione della performance delle zone-distretto fosse rappresentata in maniera efficace, semplice e chiara è stato utilizzato lo schema del "bersaglio", composto da cinque diverse fasce, una per ogni livello di performance di valutazione, e suddiviso in sei spicchi rappresentanti ciascuno una delle sei dimensioni. Ogni indicatore misurato è rappresentato sul bersaglio con un simbolo (un pallino); l'azienda o la zona-distretto capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse dimensioni avrà i propri risultati riportati vicino al centro del bersaglio, mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce più lontane dal centro.

Le fasce in cui la valutazione è stata espressa sono cinque ed a ciascuna fascia è associato un colore e un punteggio a seconda del tipo di performance ottenuto:

- fascia verde: la fascia più centrale al bersaglio, corrispondente ad una performance ottima, il cui punteggio sintetico è compreso tra il 4 e il 5;
- fascia verde chiaro: indica una performance buona e la valutazione sintetica è compresa tra il 3 e il 4;
- fascia gialla: indica una performance non negativa, ma che presenta ampi spazi di miglioramento, la valutazione è tra il 2 e il 3;
- fascia arancione: la performance è scarsa e deve essere migliorata, la valutazione è tra l'1 e il 2;
- fascia rossa: la performance è assai scarsa e la valutazione è compresa tra 1 e 0.



Figura 1 Le fasce di valutazione

16 - PARTE I - IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLE SdS/ZONE-DISTRETTO

Per costruire le scale di valutazione con cui sono stati misurati i diversi indicatori sono stati adottati i seguenti criteri di riferimento:

- se esistente, è stato considerato uno standard internazionale riconosciuto (ad esempio: il tasso di cesarei massimo auspicato dall'OMS);
- in caso di assenza di uno standard internazionale di riferimento è stato considerato uno standard regionale o un obiettivo definito con delibera regionale;
- in caso di assenza di uno standard regionale di riferimento è stata considerata la media regionale corretta con eventuali fattori di risk adjustment per rendere possibile il confronto tra le aziende (in genere sono stati considerati il sesso e l'età della popolazione di riferimento).

Ogni SdS/zona-distretto, quindi, vede rappresentata sinteticamente la corrispondente performance nel proprio bersaglio, in cui vengono riportati i valori di sintesi degli indicatori selezionati. È possibile quindi, in maniera veloce, capire quali siano per l'anno di riferimento le performance positive della zona-distretto, rappresentate dagli indicatori riportati nelle fasce di valutazione verdi, ed i risultati, invece, con performance scarse, riportati nelle fasce di valutazione arancione o rossa.



Figura 2 Il bersaglio e le fasce di valutazione

3. Gli indicatori del sistema di valutazione della performance di SdS/zona-distretto (S. Bar-santi)

Gli indicatori presenti nel sistema di valutazione delle zone-distretto hanno una struttura ad albero, ovvero sono composti da un indicatore principale che rappresenta la sintesi di alcuni sottoindicatori: a titolo di esempio la valutazione della soddisfazione della popolazione relativa alla medicina di base è data dalla media della valutazione di vari items su cui è stato richiesto un giudizio all'utenza, quali l'organizzazione e i tempi del servizio, la capacità di comunicazione del medico al paziente, la gentilezza e la disponibilità nella relazione, la competenza professionale dimostrata, la capacità di presa in carico e di indirizzo nei percorsi assistenziali, la disponibilità alle visite domiciliari.



Figura 3 La struttura ad albero degli indicatori

Per il 2009 gli indicatori presenti nel bersaglio sono in totale 35, raggruppati in 132 indicatori di sintesi. dal primo report del 2007 gli indicatori sono aumentati considerevolmente sia per la parte sanitaria che per la parte di integrazione socio-sanitaria. Le dimensioni del sistema di valutazione comprendono indicatori alimentati con dati provenienti dal sistema informativo regionale, dai bilanci aziendali e da indagini sistematiche con rappresentatività statistica, realizzate direttamente dal Laboratorio Management e Sanità, come mostrato nella seguente figura.

DIMENSIONI		FONTI
INDICATORI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE (A) E CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE		Censimenti ISTAT ARS Toscana Indagini IRPET
CAPACITA' PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI (B)		- Flussi ministeriali e regionali - Indagini MeS sugli utenti - Flussi aziendali
VALUTAZIONE SOCIO-SANITARIA (C)		Flussi ministeriali e regionali
VALUTAZIONE ESTERNA (D)	Campione da 300 a 600 utenti ad azienda	Indagini CATI svolte dal MeS: - sulla popolazione e utenti ADI / - sugli utenti ricoverati - sulle partorienti / - sugli utenti del PS
VALUTAZIONE INTERNA (E)	Campione da 400 a 1300 dipendenti (dal 2008 intera popolazione)	- Indagine CAWI di clima organizzativo svolte dal MeS - Flussi aziendali
VALUTAZIONE EFFICIENZA OPERATIVA E DINAMICA ECONOMICO-FINANZIARIA (F)		- Flussi ministeriali e regionali - Bilanci aziendali

Figura 4 Le fonti dei dati

La maggior parte degli indicatori presenti nel bersaglio delle SdS/zone-distretto fa parte anche dei bersagli aziendali: ciò consente da una parte di avere una misurazione univoca e sistematica dei risultati delle politiche e delle strategie coerente con i diversi livelli di programmazione e gestionali e dall'altra permette di analizzare in maniera più dettagliata divari territoriali e eventuali spazi di miglioramento e/o aree di criticità.

Rispetto al bersaglio aziendale, alcuni indicatori, pur essendo calcolati con la stessa metodologia, compaiono nel bersaglio di zona-distretto secondo una diversa struttura ad albero, proprio per la particolare rilevanza di alcuni aspetti a livello di territorio. Per quanto riguarda invece le indagini di soddisfazione ed esperienza dei pazienti/utenti, gli indicatori sono calcolati considerando la residenza dell'utente che ha risposto all'intervista: se la residenza è la stessa in cui il paziente ha ricevuto il servizio, viene considerato nel calcolo, altrimenti viene escluso. Nel corso del 2009 sono stati sviluppati, in accordo con gli orientamenti regionali, indicatori particolarmente connessi alla valutazione dei servizi di integrazione socio-sanitaria: è il caso dell'indicatore relativo alla non autosufficienza e dell'indicatore relativo a famiglie e minori, entrambi nella dimensione di valutazione B e dell'indicatore relativo alla salute mentale, nella dimensione C. Quest'ultima dimensione inoltre comprende indicatori specifici dedicati alla cronicità in linea con gli indicatori utilizzati nell'implementazione del Chronic Care Model: in particolare per diabete, polmonite, BPCO e scompenso sono stati calcolati sia i relativi tassi di ospedalizzazione, sia indicatori specifici di processo, sia le prevalenze; mentre per ictus ed ipertensione sono stati calcolati indicatori di processo e le relative prevalenze¹. Per quanto riguarda invece le indagini di soddisfazione della popolazione, gli indicatori si riferiscono all'indagine sull'esperienza dei cittadini toscani sui servizi territoriali, quali medico di famiglia, pediatra, attività ambulatoriale e diagnostica. Non compaiono invece gli indicatori relativi all'indagine sul clima interno dei dipendenti, in quanto tale indagine è relativa all'anno 2008. Per quanto riguarda infine gli indicatori della dimensione di valutazione A, relativa allo stato di salute e caratteristiche socio-demografiche, gli indicatori sulla mortalità presenti, forniti dall'ISPO, si riferiscono al triennio 2006-2008 e sono standardizzati tramite la popolazione europea, al contrario degli anni precedenti in cui si utilizzava come popolazione standard la popolazione italiana.

La figura nella pagina seguente mostra gli indicatori presenti nel sistema di valutazione per l'anno 2009. In arancione sono rappresentati i nuovi indicatori per il 2009 ed in corsivo sono rappresentati gli indicatori non di valutazione.

¹ Gli indicatori di processo e le prevalenze di tali patologie sono stati calcolati dall'Agenzia Regionale di Sanità.

18 - PARTE I - IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLE Sds/ZONE-DISTRETTO

Sistema di valutazione zone 2009 - Elenco indicatori e sottoindicatori

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori
VALUTAZIONE SALUTE DELLA POPOLAZIONE (A)	
A2	Mortalità tumori
A3	Mortalità per malattie circolatorie
A5	Tasso di anni di vita potenzialmente persi (PYLL)
A8	Indice di vecchiaia
A9	Indice di dipendenza globale
A11	Tasso di natalità
CAPACITA' PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI (B)	
B7	Copertura vaccinale
B7.1	Copertura per vaccino MPR
B7.2	copertura per vaccino antinfluenzale >= 65anni
B17	Attività fisica
B17.1	Percentuale sedentari
B17.2	Sedentari consigliati di fare attività fisica
B18	Situazione nutrizionale
B18.1	Percentuale persone obese
B18.2	Sovrappeso o obesi consigliati di perder peso
B18.3	Sovrappeso o obesi consigliati di fare attività fisica
B19	Consumo di alcol
B19.1	% bevitori <i>binge</i> e/o fuori pasto
B19.2	% bevitori <i>binge</i> e/o fuori pasto consigliati di bere meno
B20	Abitudine al fumo
B20.1	% fumatori
B20.2	% fumatori consigliati di smettere
B21	<i>Non autosufficienza</i>
B21.1	Tasso di segnalazioni su popolazione >=65 anni
B21.1.1	Percentuale casi complessi per PUA o Punto Insieme
B21.1.2	Percentuale casi per soggetto segnalatore
B21.2	Percentuale attivazione servizi
B22	Famiglie e minori
B22.1	Tasso di minori fuori famiglia ogni 1000 residenti
B22.1.1	Percentuale minori in affidamento familiare
B22.1.2	Percentuale minori in accolti nelle strutture
B22.2	Tasso di minori in affido familiare ogni 1000 residenti
B22.2.1	Percentuale minori stranieri in affidamento familiare
B22.2.2	Percentuale minori stranieri non accompagnati in affidamento
Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori
VALUTAZIONE SANITARIA (C)	
C1T	Capacità di governo della domanda
C1T.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 residenti
C1T.1.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato ricoveri ordinari per 1.000 residenti
C1T.1.1.1	Tasso ospedalizzazione standardizzato ricoveri ordinari urgenti per 1.000 residenti
C1T.1.1.2	Tasso ospedalizzazione standardizzato Day-hospital per 1000 residenti
C1T.1.2.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH medico per 1000 residenti
C1T.1.2.2	Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH chirurgico per 1000 residenti
C1T.2	Tasso ospedalizzazione standardizzato DRG Medici acuti 0-64 anni per 1000 residenti
C9	Appropriatezza prescrittiva
C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi)
C9.2	Tasso di abbandono delle statine (Anticolessterolo)
C9.3	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina (Antiipertensivi)
C9.4	Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)
C9.5	Consumo di altri antidepressivi (Antidepressivi)
C12T	Scompenso
C12T.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti 50-74 anni
C12T.2	% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina, sodio e potassio
C12T.3	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con terapia con ACEinibitore - sartani
C12T.4	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con terapia con beta-bloccante
C12T.5	Prevalenza scompenso

C13T	Polmonite
C13T.1	Tasso di ricovero per polmonite per 100.000 residenti 20-74 anni
C14T	Diabete
C14T.1	Tasso ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti 20-74 anni
C14T.2	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata
C14T.3	% residenti con Diabete con almeno un esame della Retina
C14T.4	<i>Prevalenza diabete</i>
C15T	BPCO
C15T.1	Tasso ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni
C16T	Integrazione ospedale - territorio
C16T.1	Percentuale di ricoveri con degenza superiore a 30 giorni per residenza
C16T.2	<i>Tasso di dimissioni con attivazione di assistenza domiciliare integrata per 100.000 abitanti</i>
C16T.3	<i>Tasso di ospedalizzazione standardizzato ricoveri ordinari oltresoglia per 100.000 residenti</i>
C18T	Salute Mentale
C18T.1	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni
C18T.2	<i>N. medio di ricoveri per paziente psichiatrico maggiorenne</i>
C18T.3	<i>Tasso di ricovero con patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni</i>
C18T.4	<i>Tasso di ricovero con patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni</i>
C18T.5	<i>% di TSO sui dimessi maggiorenni con patologie psichiatriche per residenti</i>
C19T	Materno infantile
C19T.2	<i>Tasso IVG per 1.000 residenti</i>
C20T	Tasso di prestazioni diagnostica per immagini
C20T.2.1	Tasso di prestazioni TAC per 1000 residenti standardizzato per età e sesso
C20T.2.2	Tasso di prestazioni RMN per 1000 residenti standardizzato per età e sesso
C20T.2.3	<i>Tasso di prestazioni Ecocolordoppler per 1000 residenti standardizzato per età e sesso</i>
C21T	Pediatria di base
C21T.1	<i>Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)</i>
C21T.2	<i>Tasso di ospedalizzazione pediatrico gastroenterite per 100.000 residenti (<=17 anni)</i>
C21T.3	<i>Tasso di ricovero in età pediatrica per 100 residenti (0-14 anni)</i>
C22T	Ictus
C22T.1	% residenti con Ictus in terapia con terapia antitrombotica - ddd > 50% giorni di oss.
C22T.2	<i>Prevalenza ictus</i>
C23T	Ipertensione
C23T.1	% residenti con Ipertensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico
C23T.2	<i>Prevalenza ipertensione</i>
VALUTAZIONE ESTERNA (D)	
D1	Valutazione dei cittadini sull'assistenza della pediatria di libera scelta
D2	Valutazione dei cittadini sull'assistenza della medicina generale
D3	Valutazione dei cittadini sull'assistenza dell'attività ambulatoriale
D4	Valutazione dei cittadini sull'assistenza dell'attività diagnostica
VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA (F)	
F12a	Efficienza prescrittiva farmaceutica
F12a.1	% di inibitori di pompa protonica a brevetto scaduto (Antiacidi)
F12a.2	% di statine a brevetto scaduto (Anticolesterolo)
F12a.3	% di ACE inibitori non associati a brevetto scaduto (Antiipertensivi)
F12a.5	% di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina a brevetto scaduto (Antidepressivi)
F12a.6	% di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto (Antiipertensivi)
F12a.7	% di ACE inibitori associati a brevetto scaduto (Antiipertensivi)
F12a.8	% di macrolidi a brevetto scaduto (Antibiotici)
F12a.9	% di fluorochinoloni a brevetto scaduto (Antibiotici)
F12a.10	Costo medio per unità posologica di altri antidepressivi (Antidepressivi)
F16	Spesa complessiva procapite per servizi sociali erogati
F16.1	<i>Compartecipazione utenti</i>
F16.2	<i>Compartecipazione SSN</i>
F16.3	<i>Spesa sociale</i>
F16.3.1	<i>Spesa sociale per ente gestore</i>
F16.3.2	<i>Spesa sociale per area di utenza</i>
F16.3.3	<i>Spesa sociale per macroarea di interventi e servizi sociali</i>

Figura 5 Gli indicatori per l'anno 2009

4. Gli indicatori per la valutazione dell'integrazione socio-sanitaria (S. Barsanti)

Rispetto alla valutazione aziendale, che comprende indicatori che analizzano le diverse componenti, con i rispettivi obiettivi, di una azienda sanitaria, dal presidio ospedaliero, al territorio, ai servizi amministrativi, ecc., gli indicatori dei bersagli delle zone-distretto devono concentrarsi da una parte sulle sole performance del territorio, dall'altra allargarsi alle performance dei servizi sociali, nonché cercare di catturare i risultati e gli output di tutti quei servizi che dovrebbero essere integrati.

In particolare un contesto come quello socio-sanitario, caratterizzato dal tentativo di avvicinarsi al territorio, alla comunità e ai cittadini anche attraverso processi partecipativi, ha reso forte il bisogno di legittimazione e rendicontazione degli investimenti realizzati dai servizi, consolidando l'esigenza di attivare processi valutativi che si articolino, contemporaneamente, su più livelli. Ma sviluppare

processi valutativi nel servizio sociale e socio-integrato comporta certamente alcune difficoltà. Una prima complessità deriva dalla criticità di esprimere gli obiettivi, i metodi ed i risultati attesi dal parte del servizio sociale con un linguaggio che abbia un certo grado di precisione e standardizzazione. Innanzitutto sul versante sociale manca una precisa definizione e classificazione delle «patologie» sociali e delle prestazioni ad esse collegate: se infatti sul versante sanitario il bisogno è certamente espresso dalla presenza di una certa patologia o malattia, curabile in maniera sostanzialmente standardizzata grazie al grande lavoro scientifico e la elaborazione di protocolli clinici di riferimenti, sul versante sociale si fa riferimento a situazioni di fragilità spesso non facilmente classificabili. Gli interventi che ne seguono sono a loro volta poco standardizzabili. Il sistema di welfare riconosce a tutta la popolazione la garanzia di alcuni diritti essenziali: i Livelli essenziali di assistenza ed i Livelli essenziali per le prestazioni sociali rappresentano la specifica traduzione, per i rispettivi ambiti, delle garanzie del cittadino, ovvero dei diritti sociali da questi esigibili. Se sul versante sanitario tali diritti sono esplicitamente definiti attraverso i Lea, su quello sociale, invece, i Liveas sono ancora in fase di determinazione e definizione da parte del governo. Una precisa articolazione e definizione dei Liveas risulta però di particolare importanza nella definizione di possibili indicatori e/o standard sociali.

Altra criticità è rappresentata dalla mancanza di un flusso informativo sociale, anche a livello nazionale, di dati da cui poter attingere per estrarre le informazioni. Tale criticità è in fase di superamento grazie alla realizzazione di un Osservatorio regionale sociale che possa mettere in rete i diversi Osservatori sociali provinciali. Le informazioni ed i dati relativi a tale ambito non mancano, ma è necessaria una omogeneizzazione e, in alcuni casi, standardizzazione dei dati in modo da poter confrontare le diverse informazioni e arrivare ad un linguaggio comune, necessario sia per il processo di programmazione, che per quello di valutazione. La disponibilità continua e sistemica di informazioni affidabili rappresenta, infatti, un elemento strategico per poter effettuare la programmazione, la gestione e infine la valutazione dei servizi socio-sanitari. Il DLgs 229/99 e il DPCM 14.02.2001 definiscono prestazioni socio-sanitarie "tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione". Nel sistema di valutazione sono stati individuati indicatori che fanno particolare riferimento alle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria. In particolare sono stati sviluppati indicatori per l'area anziani, l'area famiglie e minori e l'area salute mentale.

In particolare l'area anziani include un indicatore riguardante i servizi per la non-autosufficienza (B21). Tale indicatore è stato suddiviso in accesso ai servizi (B21.1) e presa in carico (B21.2).

L'indicatore sull'accesso considera il tasso di segnalazioni (B21.1) tramite il rapporto tra le domande pervenute e la popolazione superiore ai 65 anni. Sono inoltre calcolati alcuni indicatori di tipo più qualitativo del servizio, quali la percentuale di casi complessi per provenienza (Punto Unico di Accesso o Punto Insieme) e per soggetto segnalatore (utente, familiare, medico, servizi...). Per quanto riguarda invece la presa in carico sono state calcolate le varie percentuali di attivazione dei servizi. In particolare si fa riferimento ai seguenti servizi:

- Residenza Sanitaria Assistita temporanea;
- Residenza Sanitaria Assistita permanente;
- Centro Diurno;
- Assistenza Domiciliare Indiretta/ASS. FAMILIARE è l'intervento domiciliare in forma indiretta fornito tramite assistente familiare (badante);
- Assistenza Domiciliare Indiretta /ALTRE FORME ricomprende sia l'ADI indiretta fornita tramite servizio privato, che l'ADI indiretta fornita tramite contributo per l'assistenza resa da un familiare;
- Assistenza Domiciliare Diretta è l'assistenza domiciliare fornita in forma diretta dal servizio pubblico (Asl-Comune);
- ALTRI SERVIZI, non c'è una specifica ma comprende tutte le altre tipologie di servizi non ricompresi nelle colonne precedenti.

Tali indicatori elaborati dal settore di Integrazione Sociosanitaria e Non autosufficienza e sono stati implementati tramite l'applicativo relativo al monitoraggio del fondo per la non autosufficienza. Essendo nuovi indicatori non sono oggetto di valutazione per questo anno.

Per l'area dedicata a famiglie e minori (B22) sono stati calcolati indicatori riguardanti i minori fuori famiglia (B22.1), ovvero il tasso di minori fuori famiglia ogni 1000 residenti (B22.1.1), con la percentuale di dettaglio di minori in affido e minori accolti nelle strutture, e ai minori stranieri in affido familiare (B22.2), con la percentuale di dettaglio di minori stranieri in affidamento e minori stranieri non accompagnati in affido familiare. Quando un minore viene allontanato dal proprio nucleo familiare su disposizione del giudice ci troviamo sicuramente davanti ad una situazione giunta alla fase di non recupero e quindi tale provvedimento è indicativo del grado di fallimento di tutti i possibili interventi sociali che potevano essere attivati prima di tale decisione. In questo senso l'indicatore relativo al tasso di allontanamento dei minori è stato considerato

una misura *proxy* della capacità dei servizi sociosanitari di intervenire nei processi di recupero delle relazioni familiari per mantenere il minore nel proprio nucleo familiare. Gli indicatori invece relativi ai minori stranieri sono stati inclusi in quanto tale realtà merita un monitoraggio specifico e continuo considerando la sua rapida evoluzione e crescita. Tali indicatori, raccolti dal settore regionale Cittadinanza Sociale, si riferiscono all'anno 2008, in quanto non ancora disponibili i dati per l'anno successivo.

Per l'area relativa alla salute mentale (C18T) sono stati definiti alcuni indicatori utilizzando come fonte le schede di dimissioni ospedaliere relative all'anno 2009; in particolare sono stati calcolati:

- la percentuale di ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche (C18T.1);
- il numero medio di ricoveri ripetuti per paziente psichiatrico (C18T.2);
- il tasso di ricovero per patologie psichiatriche per maggiorenni (C18T.3);
- il tasso di ricovero per patologie psichiatriche per minorenni (C18T.4);
- la percentuale di TSO sui ricoveri con patologie psichiatriche per residenti (C18T.5).

Per quanto riguarda invece la valutazione dell'integrazione tra ospedale e territorio (C16T), sono stati implementati alcuni indicatori indiretti, più propriamente sanitari, tra cui la percentuale di ricoveri con degenza superiore a 30 giorni in qualsiasi struttura ospedaliera (C16T.1), il tasso di dimissioni con attivazione di ADI (C16T) e tasso di ospedalizzazione standardizzato dei ricoveri ordinari medici oltre soglia (C16T.3). In particolare la percentuale di ricoveri maggiore di 30 giorni permette di misurare indirettamente non solo l'efficacia delle cure territoriali, ma anche la continuità assistenziale tra ospedale e servizio socio-sanitari: un elevato numero, infatti, di ricoveri superiore a 30 giorni, depurati dalla casistica più complessa, può evidenziare una scarsa organizzazione a livello territoriale per la gestione dei c.d. «ricoveri sociali», che richiederebbero ad esempio l'accoglienza dei pazienti non autosufficienti in strutture residenziali protette sulla base di un progetto assistenziale individualizzato.

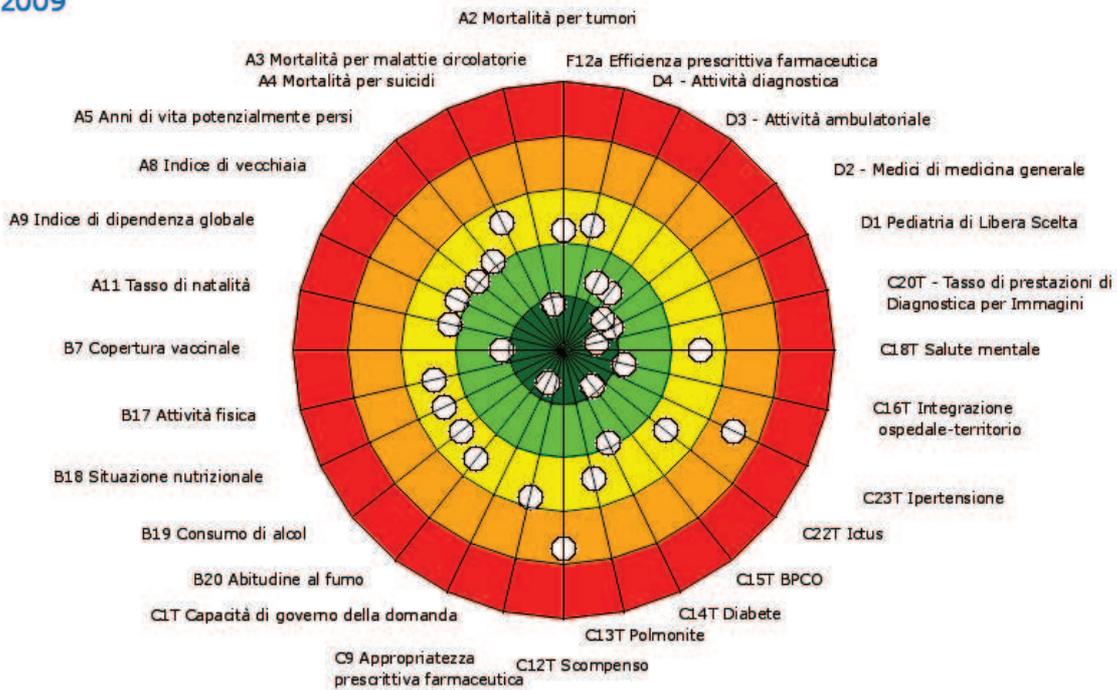
L'indicatore relativo invece al tasso di dimissioni in ADI presenta ancora alcune difficoltà avendo valori, sia in termini assoluti che relativi, piuttosto bassi e assai diversi tra SdS/zone-distretto: ciò può essere dovuto ad una cattiva o incompleta compilazione del campo di riferimento nella scheda di dimissione ospedaliera. Se si analizza per l'anno 2009 la modalità di dimissione ospedaliera il 93,40% avviene tramite dimissione ordinaria, mentre del restante 6.6% di dimissioni solo l'1,73% (ovvero 761 casi) risulta avere una dimissione con attivazione di ADI, l'8,73% ha una dimissione con ospedalizzazione domiciliare, il 4.39% risulta avere una dimissione in RSA ed i restanti casi comprendono dimissioni volontarie, deceduti, trasferimenti interni e esterni e trasferimenti in riabilitazione. Si è ritenuto comunque importante mostrare ai professionisti i valori dell'indicatore selezionato in modo da capire eventuali problematiche e stimolare la compilazione di tale campo.

5. I prospetti di sintesi dei risultati delle 34 SdS/zone-distretto toscane (S. Nuti, S. Barsanti)

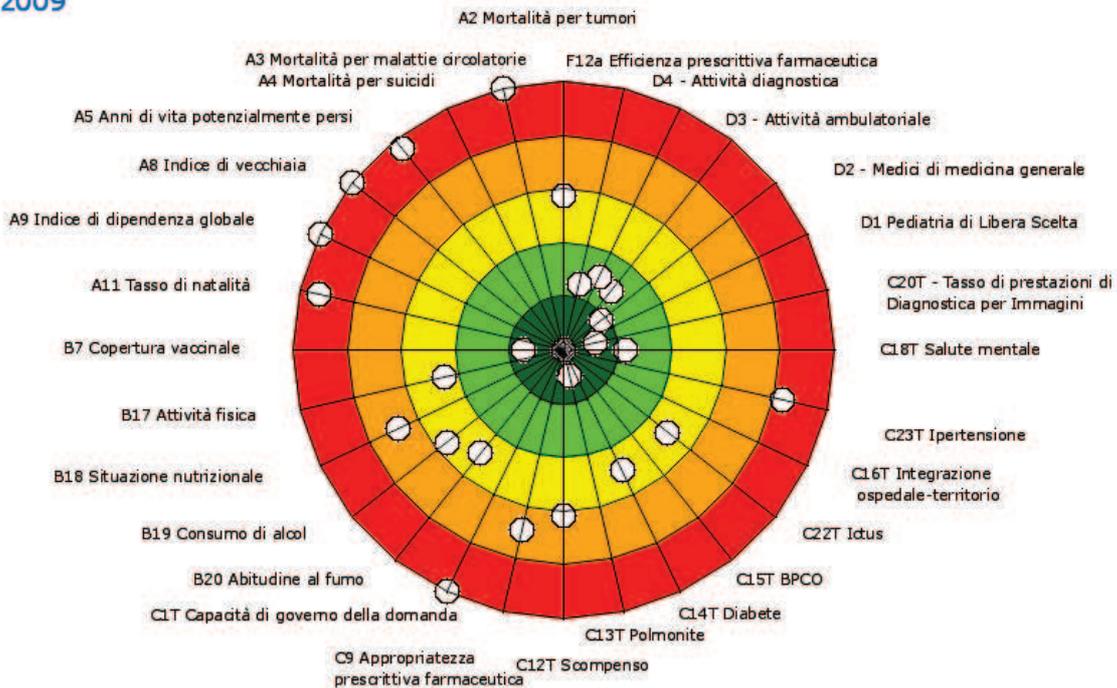
Di seguito si riportano i bersagli di ciascuna delle 34 SdS/zone-distretto del sistema sanitario toscano in ordine di Azienda Sanitaria. Si è infatti ritenuto necessario dotare il management sanitario e i direttori delle aziende dello stesso strumento di *governance* per le SdS/zone-distretto utilizzato per la valutazione delle aziende. Tale prospetto di sintesi non è certamente esaustivo, ma rappresenta una modalità con cui poter leggere efficacemente i risultati delle zone-distretto in maniera sintetica e chiara. Vari possono comunque essere gli strumenti di *governance* con i quali è possibile leggere in maniera critica i risultati di sintesi delle zone ed il Laboratorio MeS, in collaborazione con la Direzione Regionale, sta già sperimentando altre forme di rappresentazione che siano in grado anche di dare una lettura dinamica dei fenomeni e dei processi in corso.

A partire dal 2007 il sistema di valutazione, sia aziendale che di zona-distretto, è accessibile per tutti gli operatori ed il management sanitario tramite password via web al seguente indirizzo <http://report.sssup.it>. Da luglio 2008 i dati relativi alle Aziende Sanitarie sono accessibili anche ai cittadini sul sito <http://www.valutazioneasantatoscana.sssup.it>.

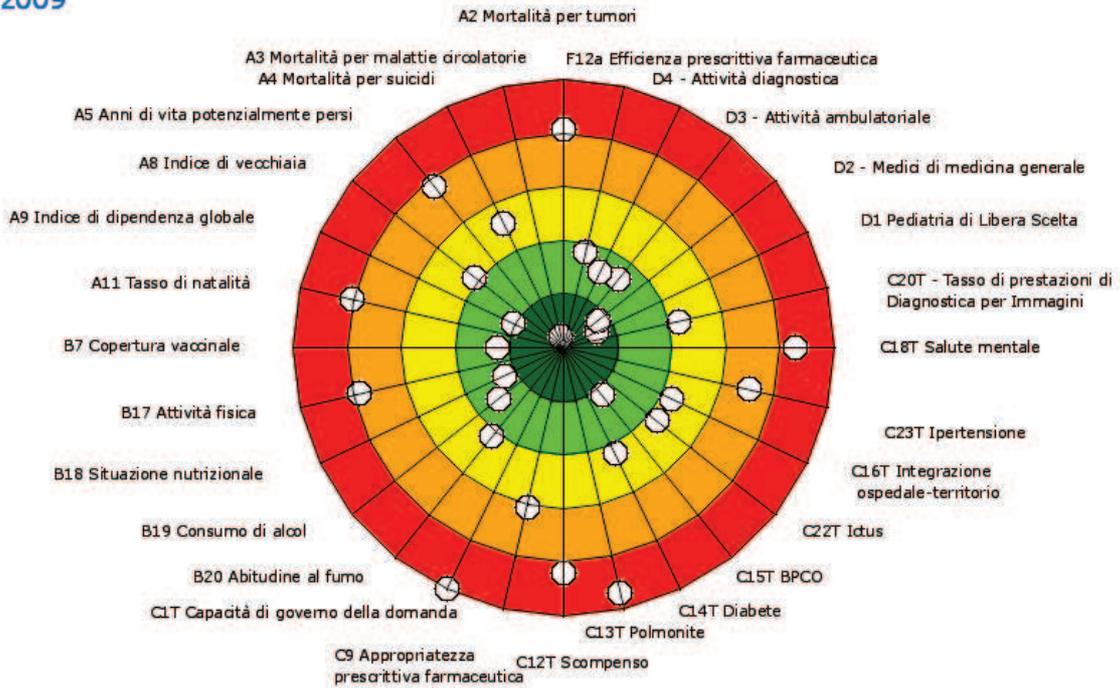
**Toscana
2009**



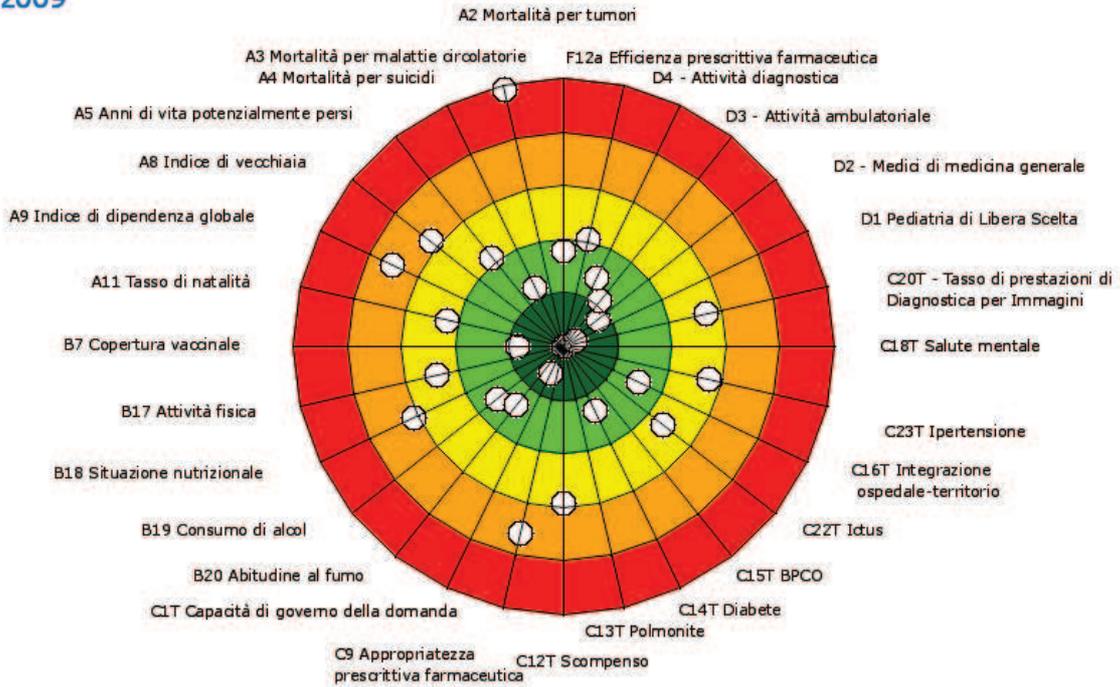
**Lunigiana
2009**



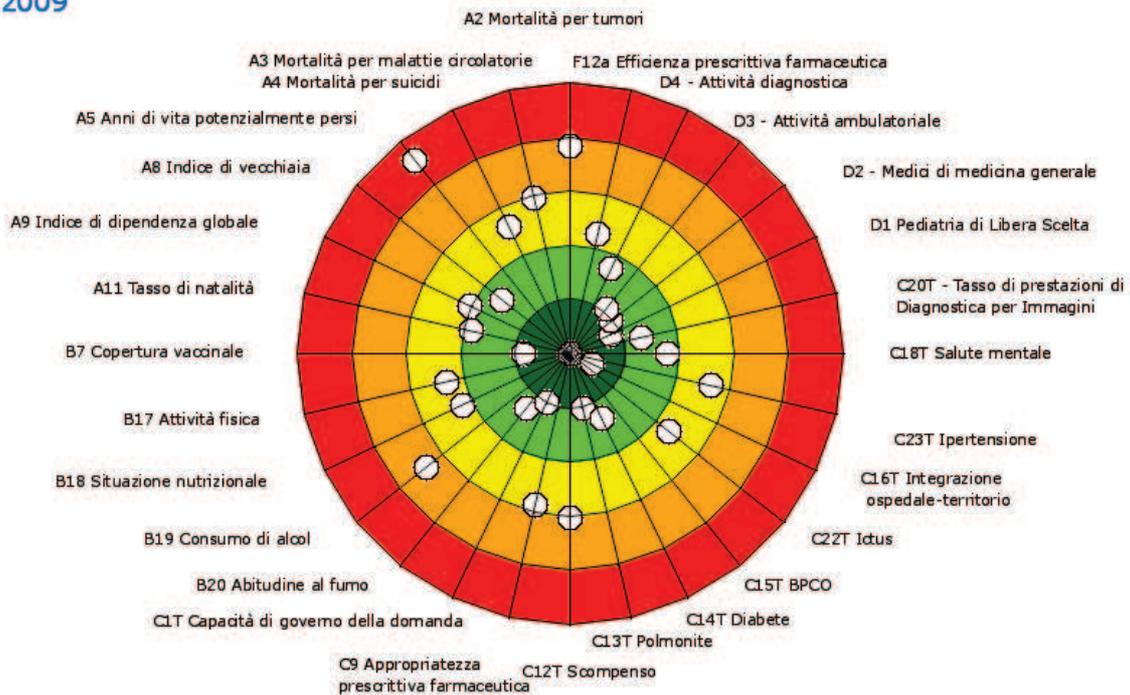
**Apuane
2009**



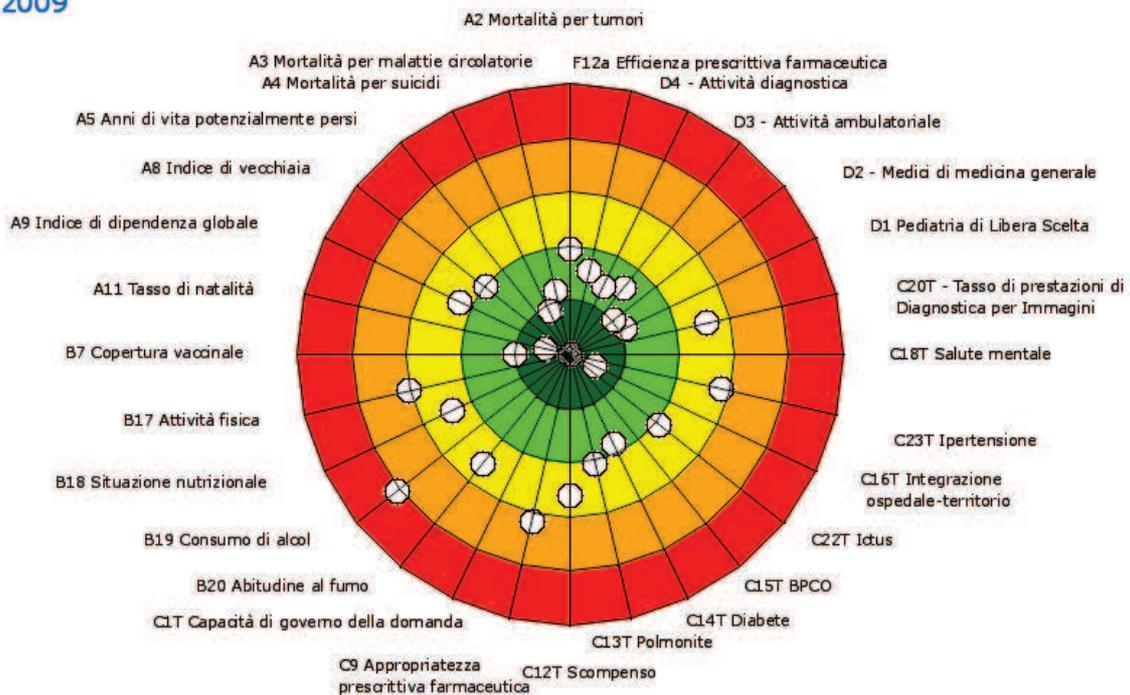
**Valle del Serchio
2009**



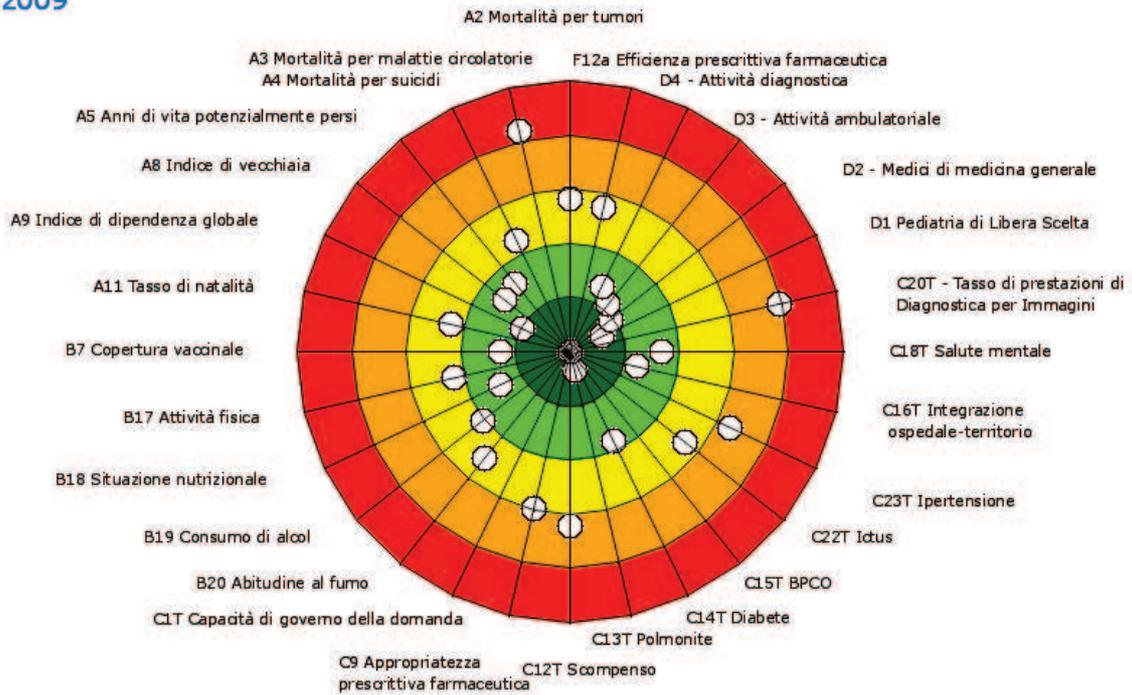
**Piana di Lucca
2009**



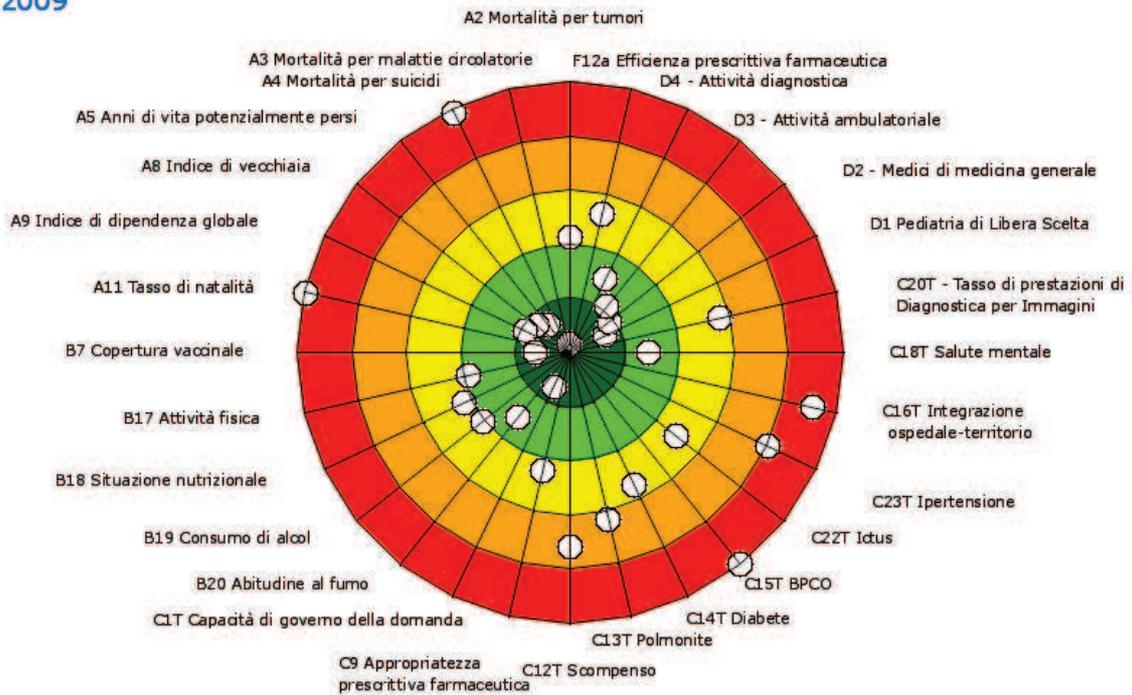
**Pistoiese
2009**



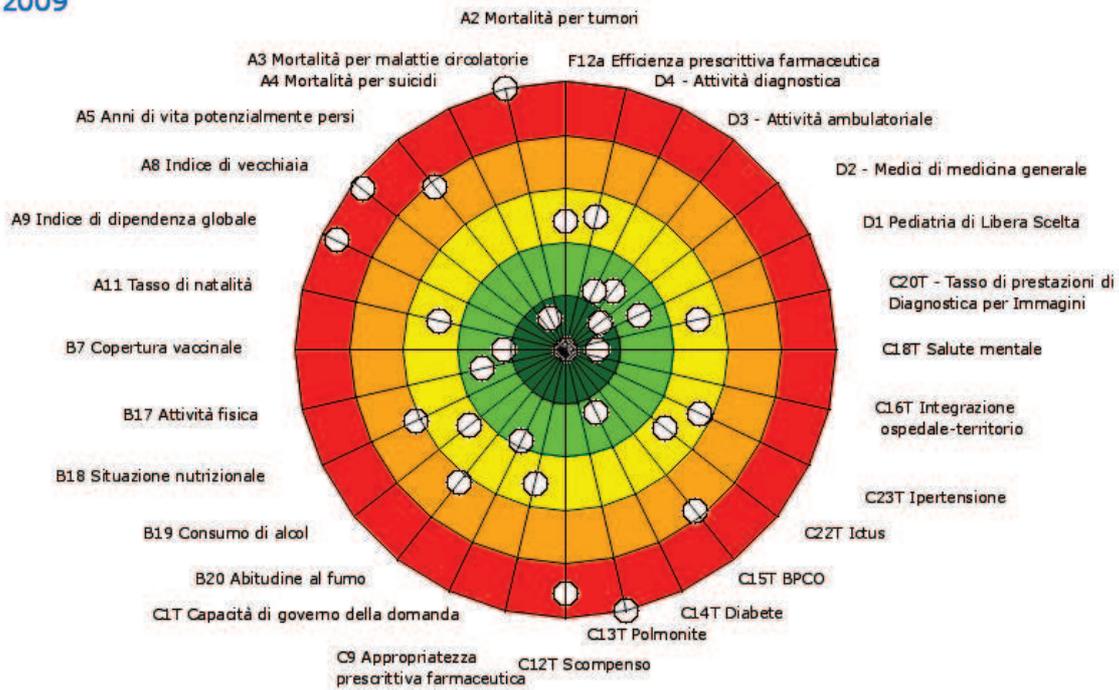
**Val di Nievole
2009**



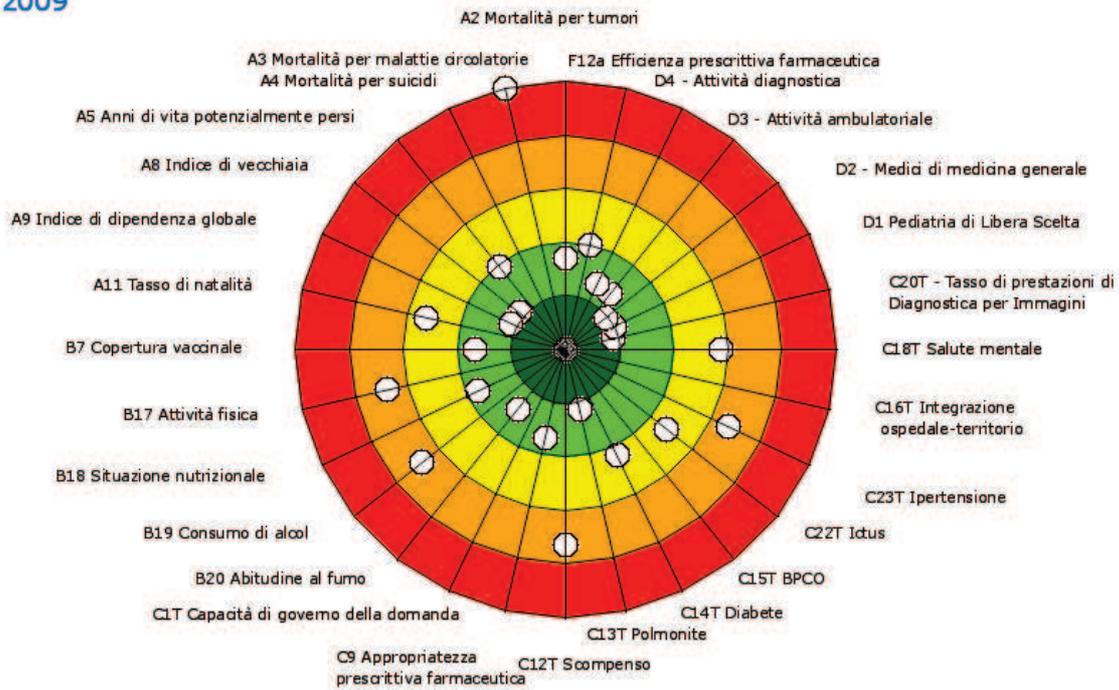
**Pratese
2009**



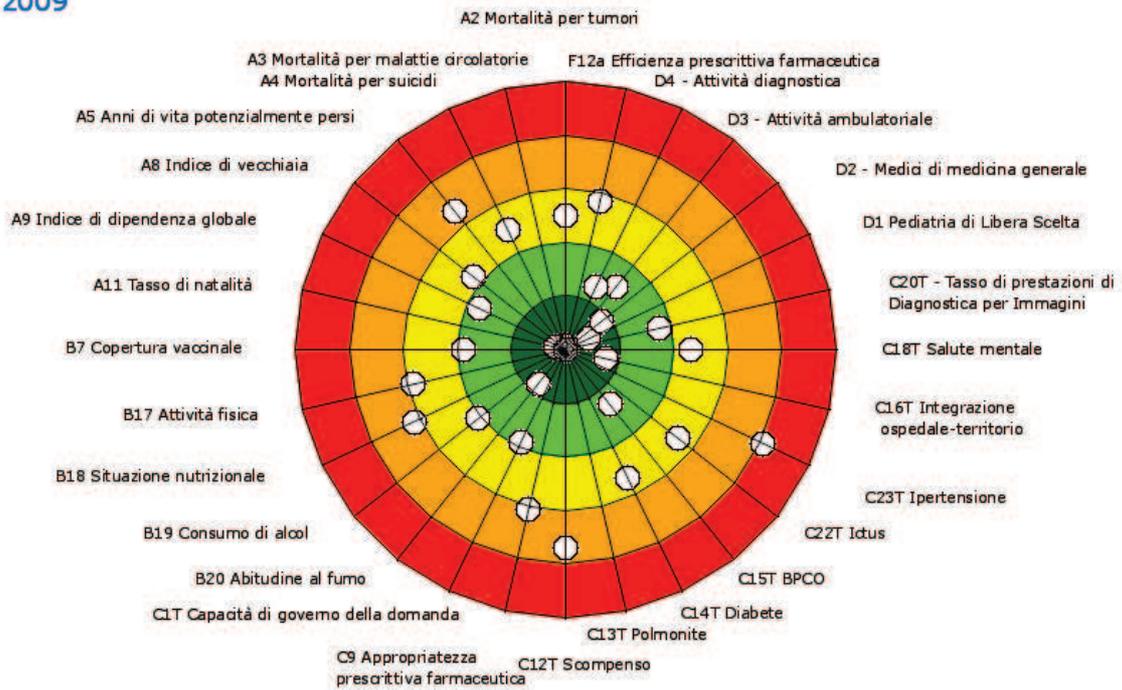
**Alta Val di Cecina
2009**



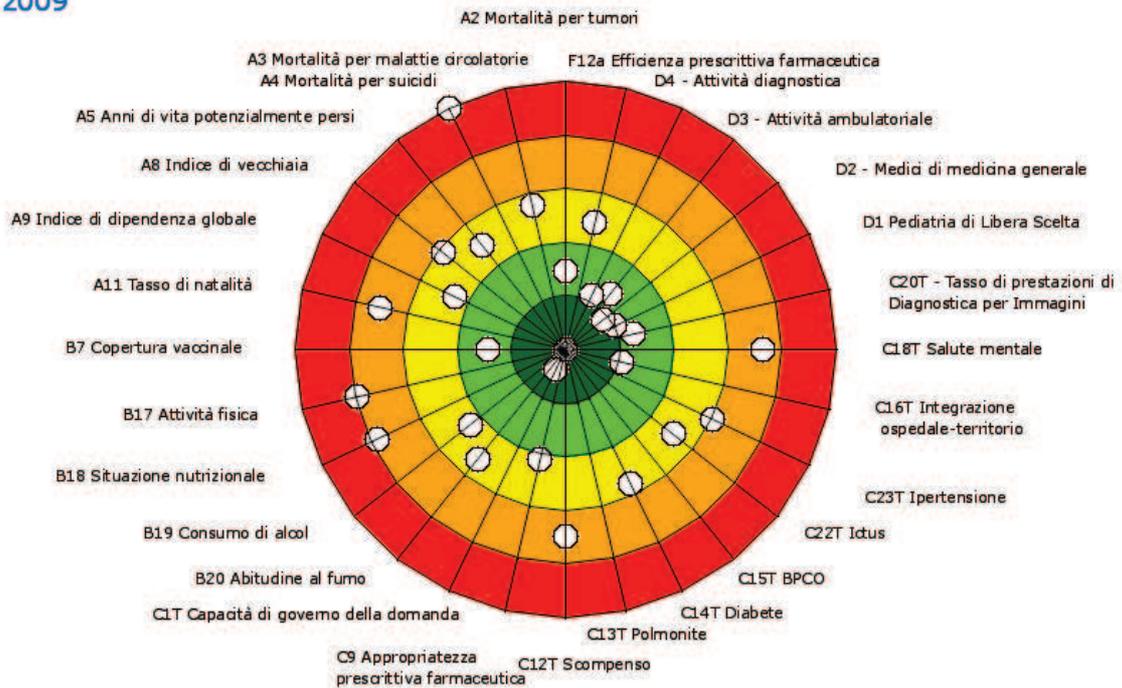
**Val d'Era
2009**



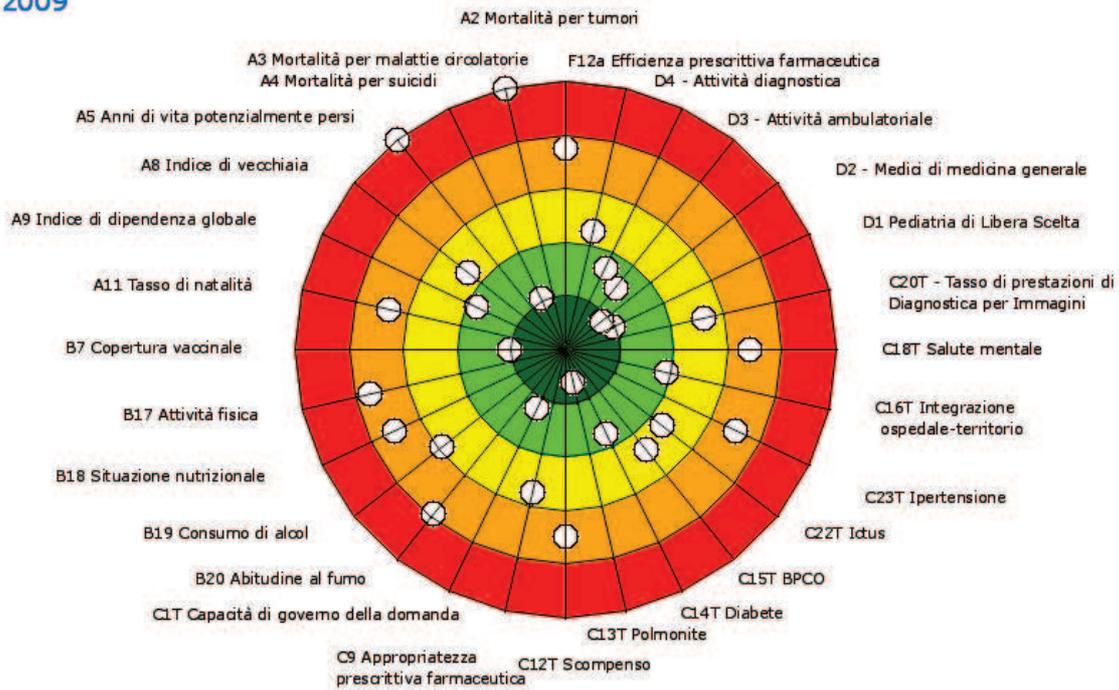
**Pisana
2009**



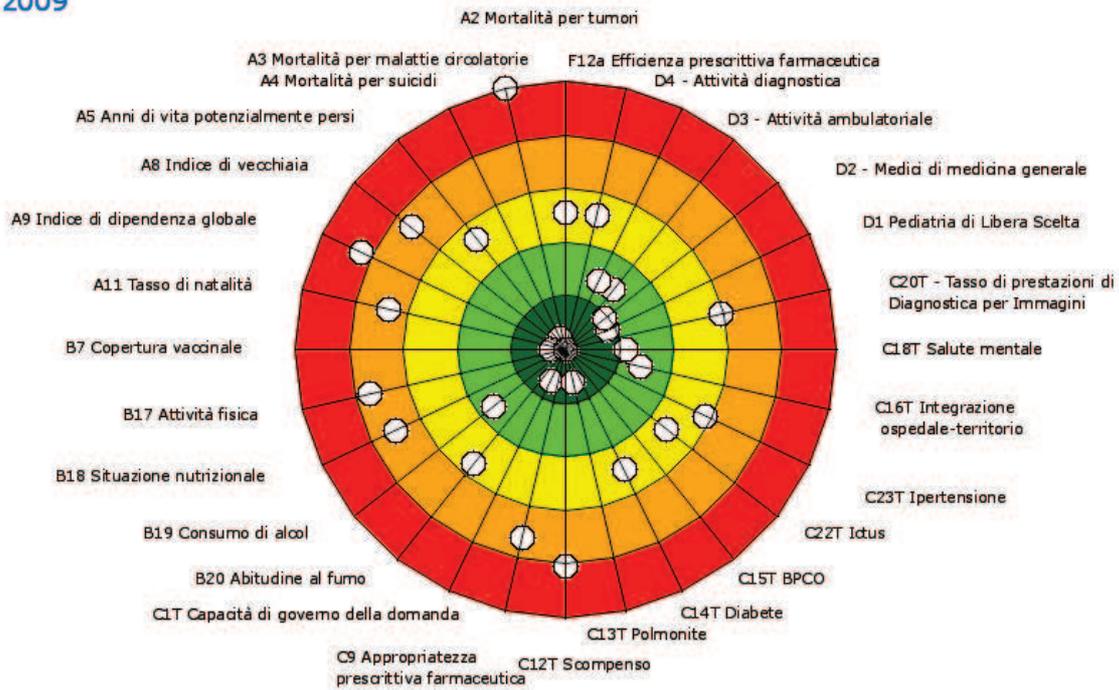
**Ba. Val di Cecina
2009**



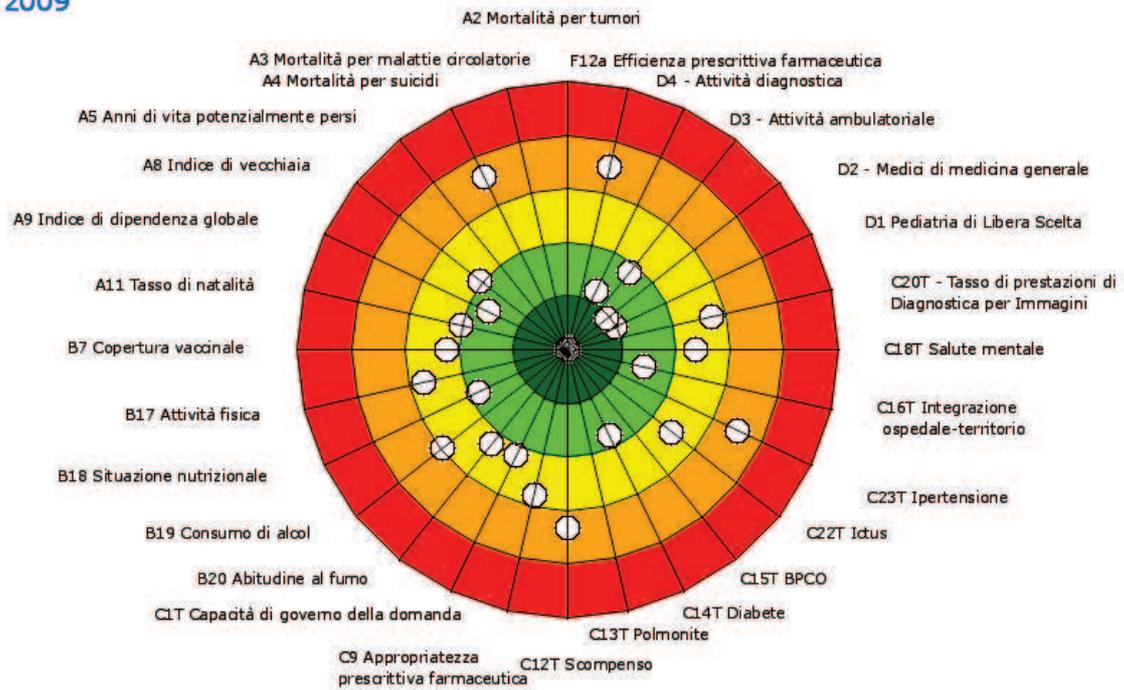
Livornese
2009



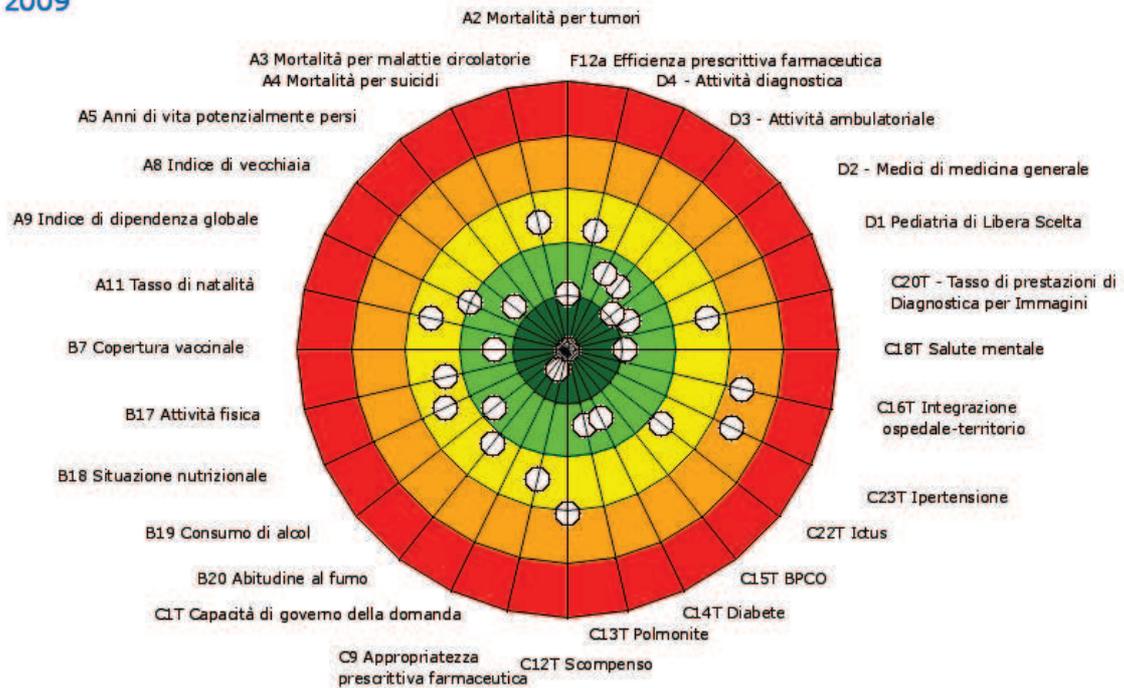
Val di Cornia
2009



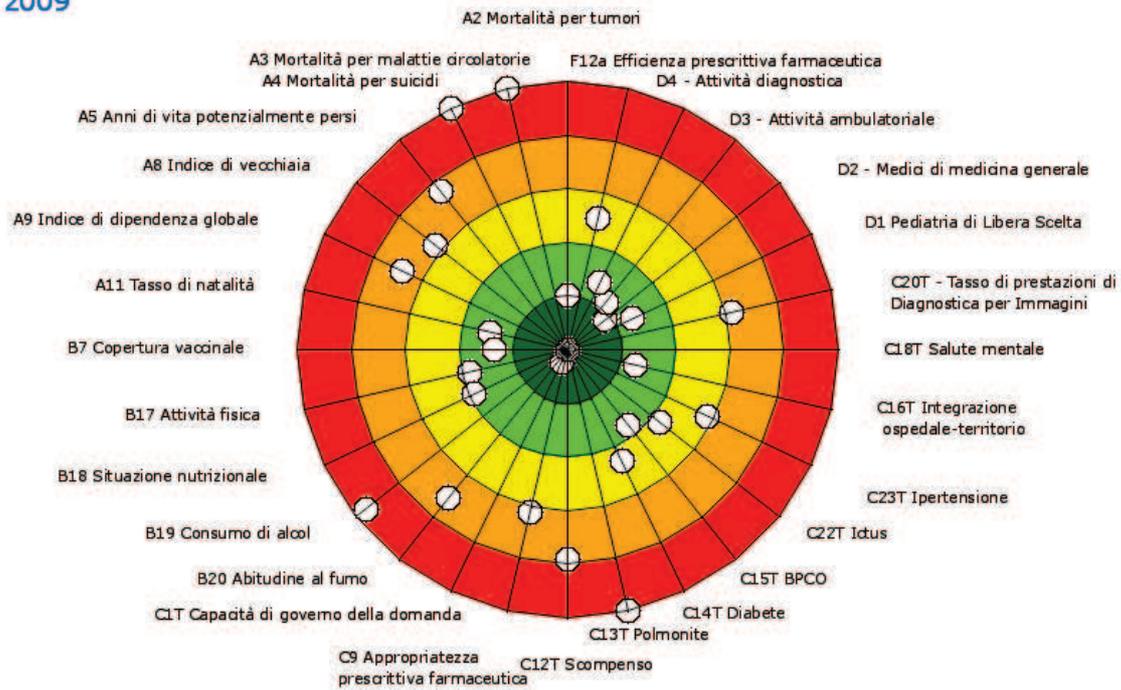
**Elba
2009**



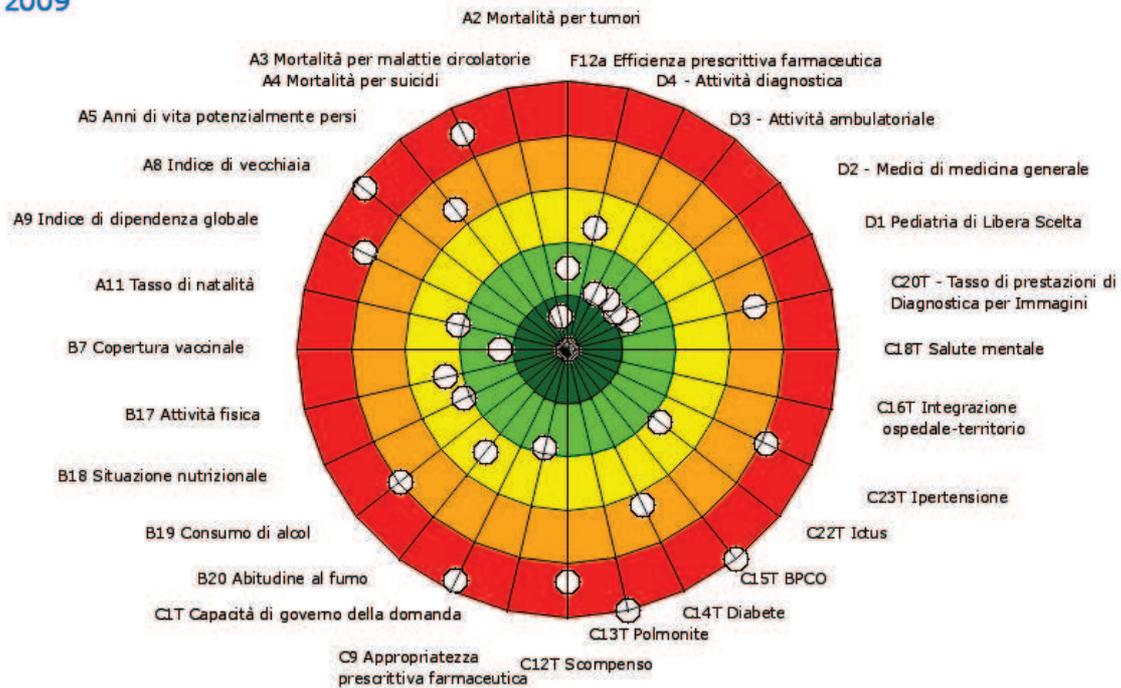
**Alta Val d'Elsa
2009**



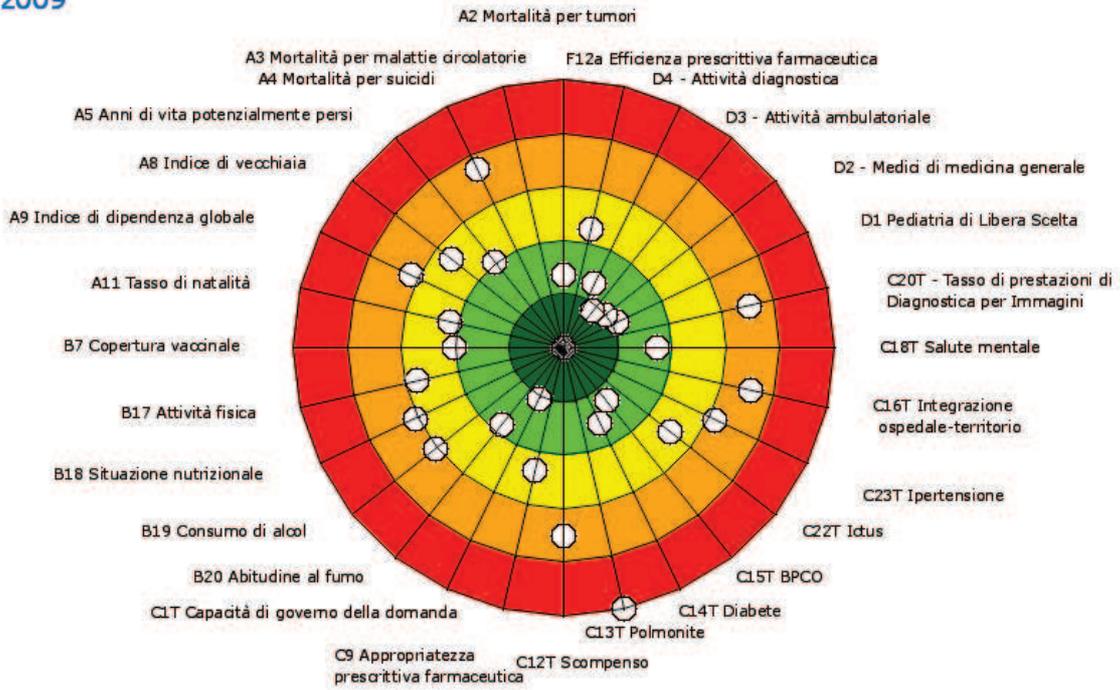
Val di Chiana Senese 2009



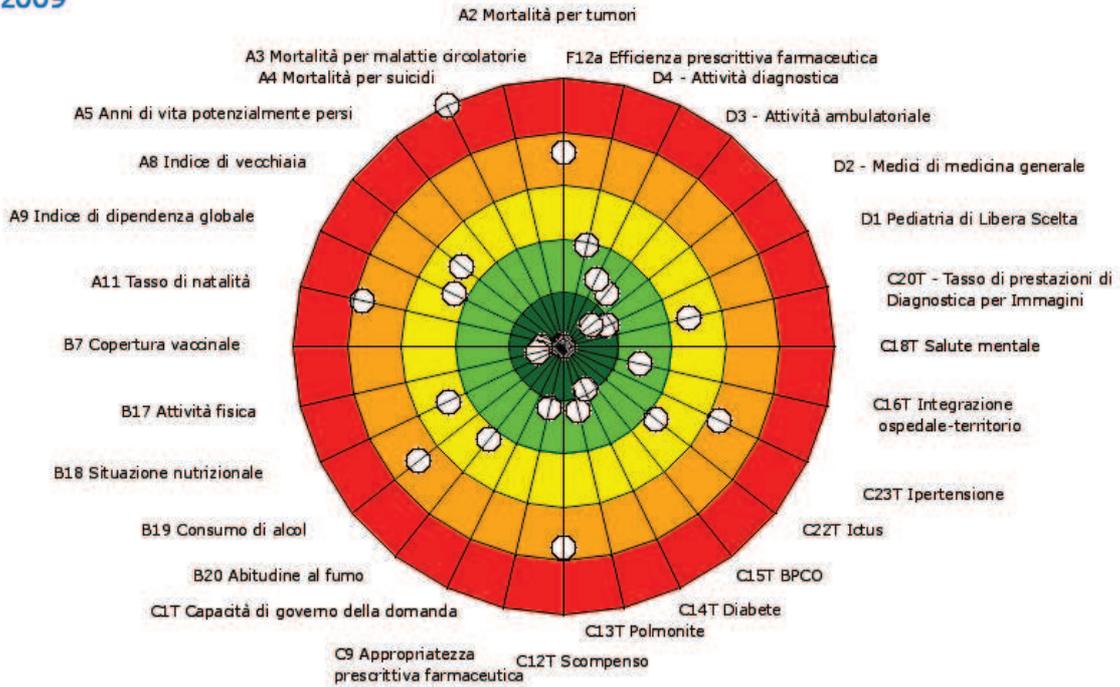
Amiata Senese 2009



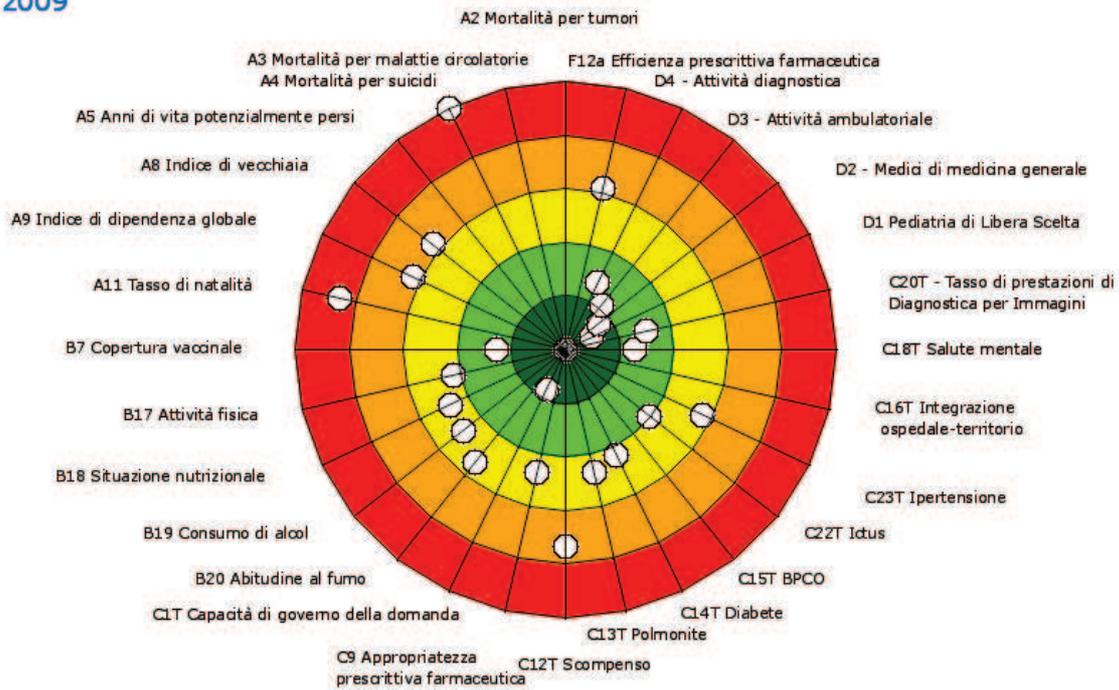
Senese
2009



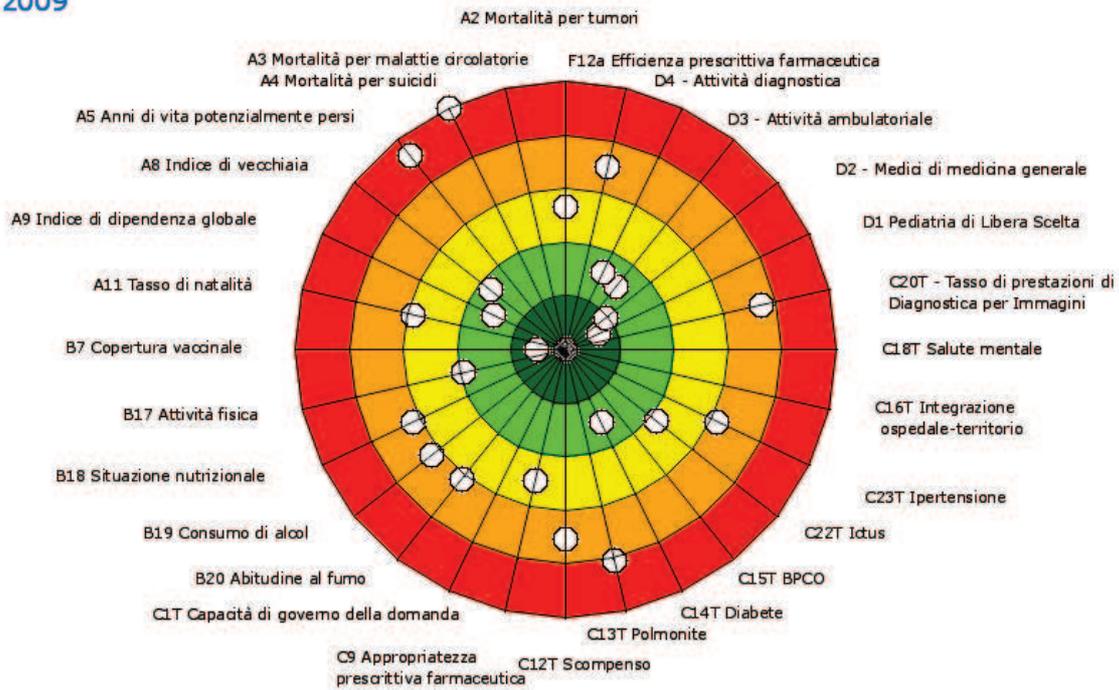
Casentino
2009



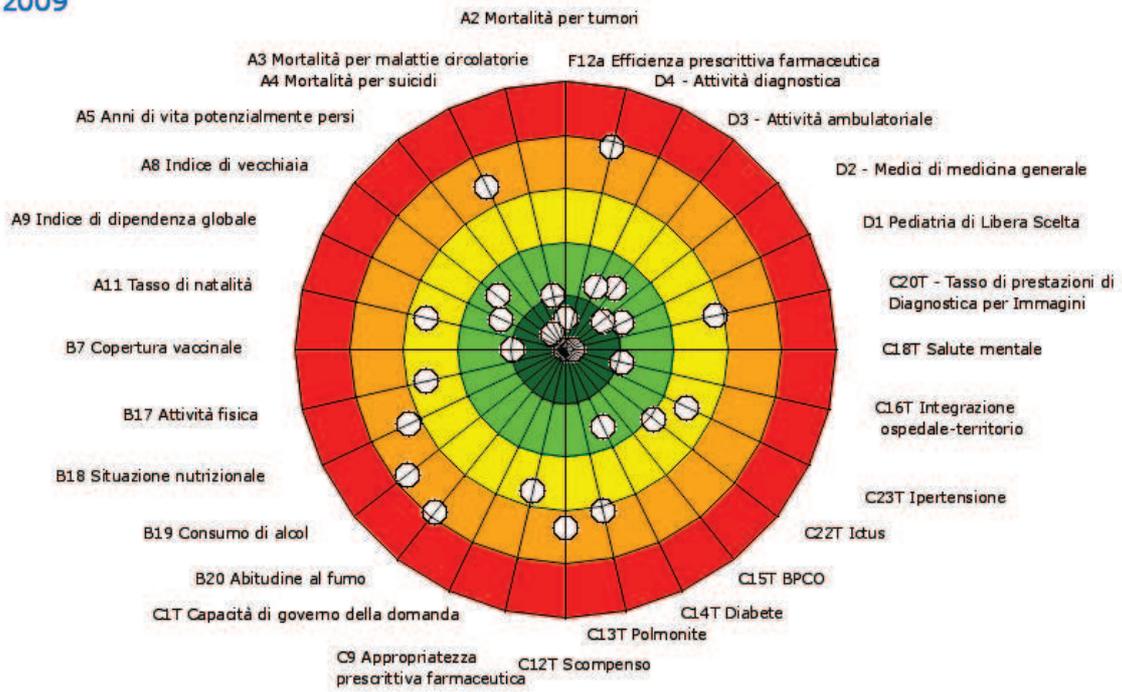
**Val Tiberina
2009**



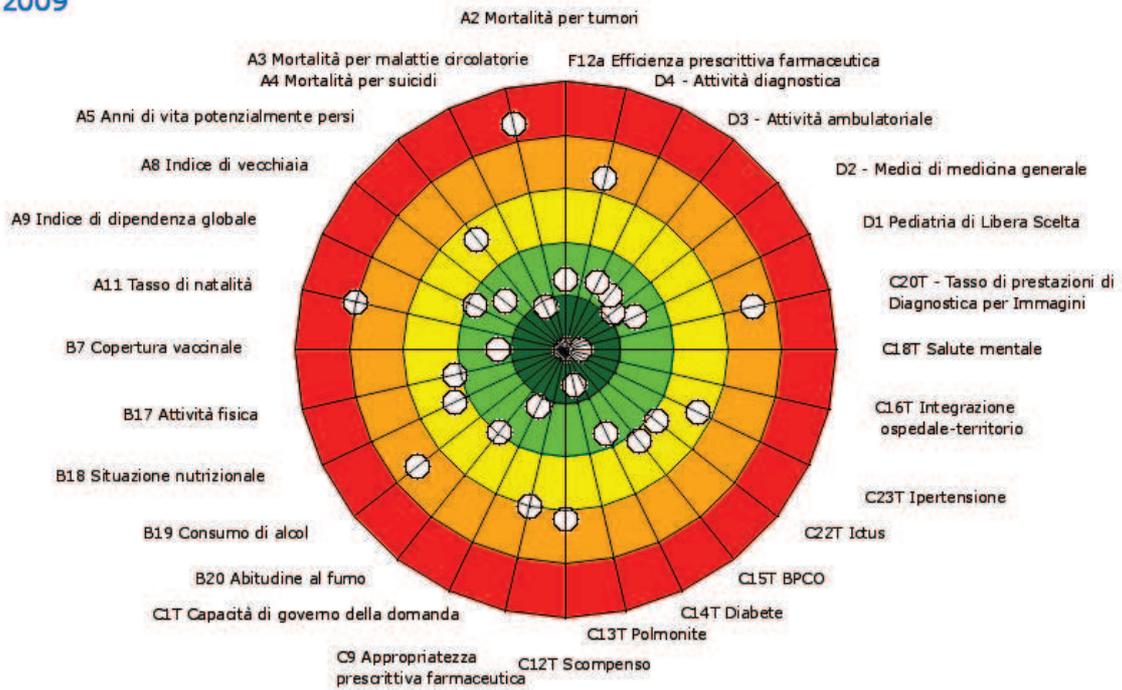
**Val di Chiana Aretina
2009**



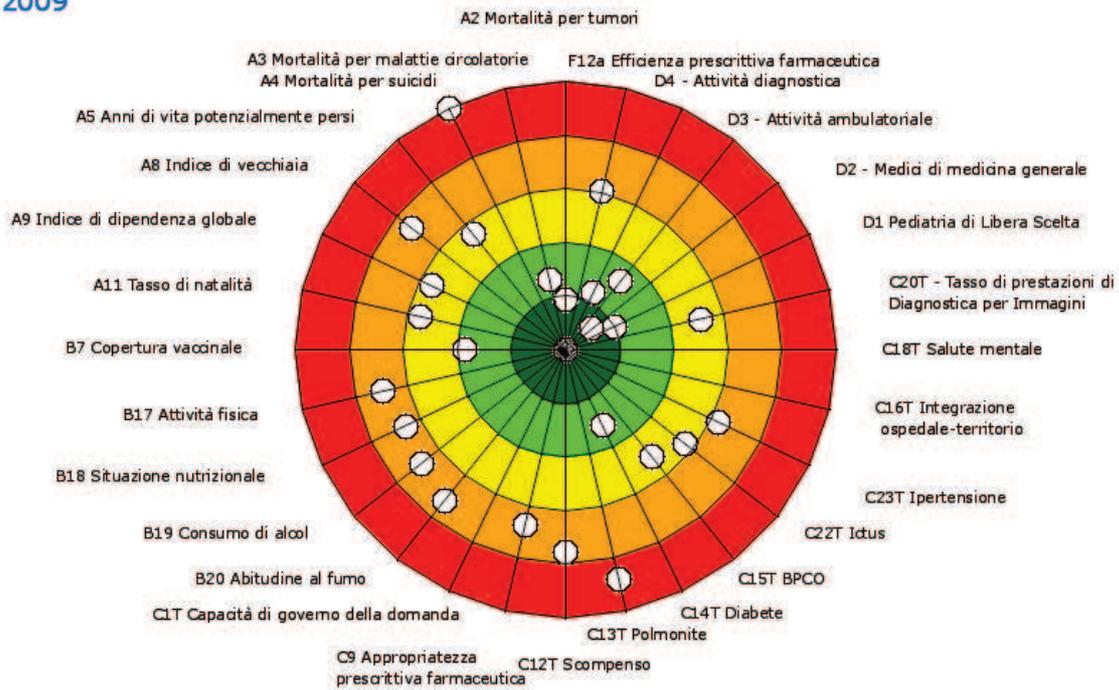
Aretina
2009



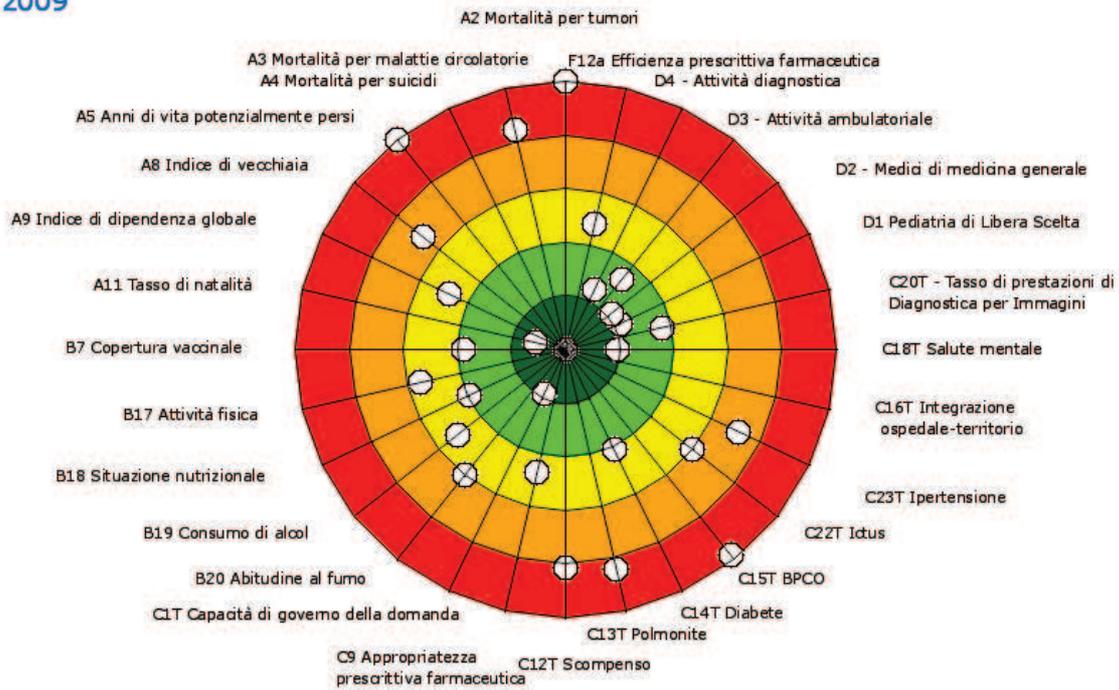
Valdarno
2009



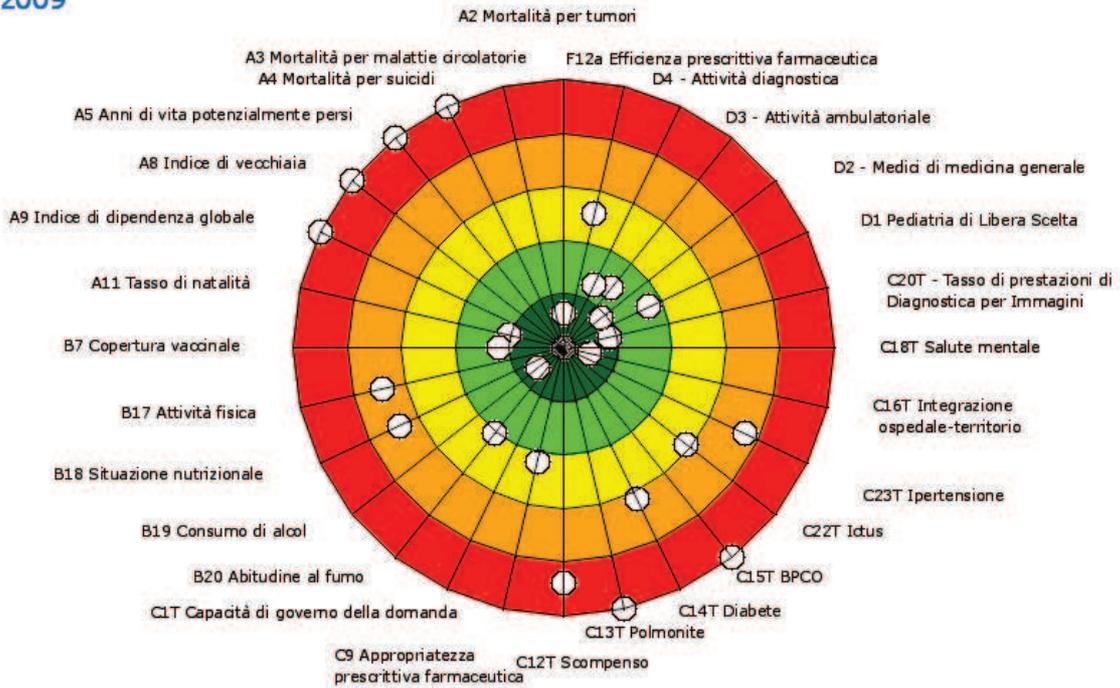
**Colline Metallifere
2009**



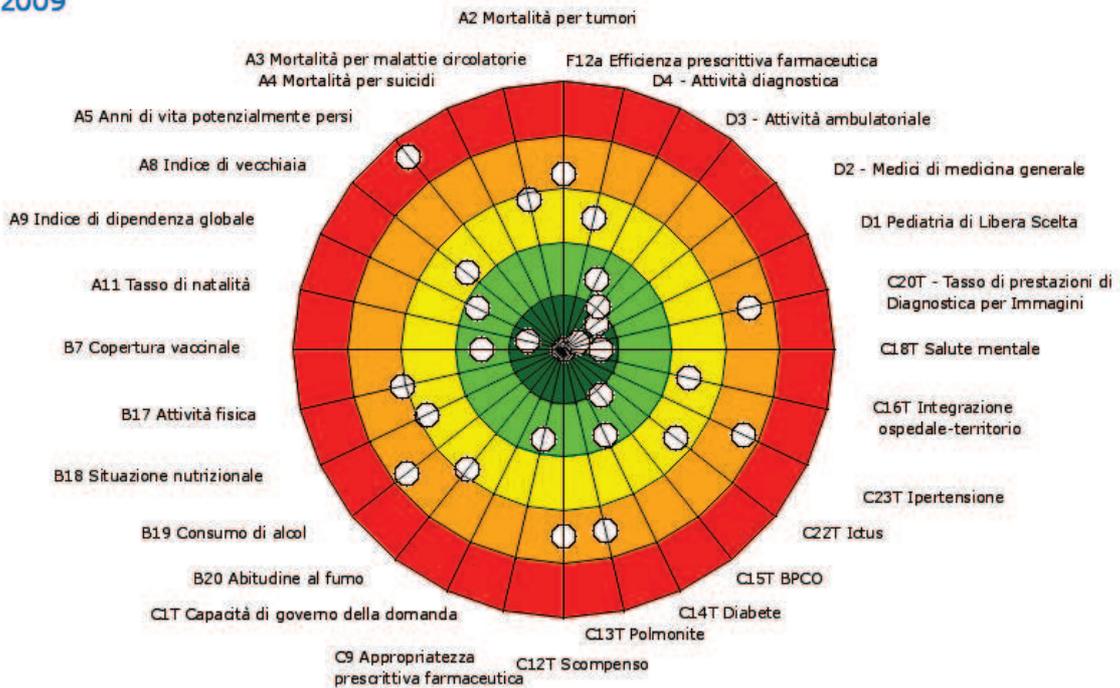
**Colline dell'Albegna
2009**



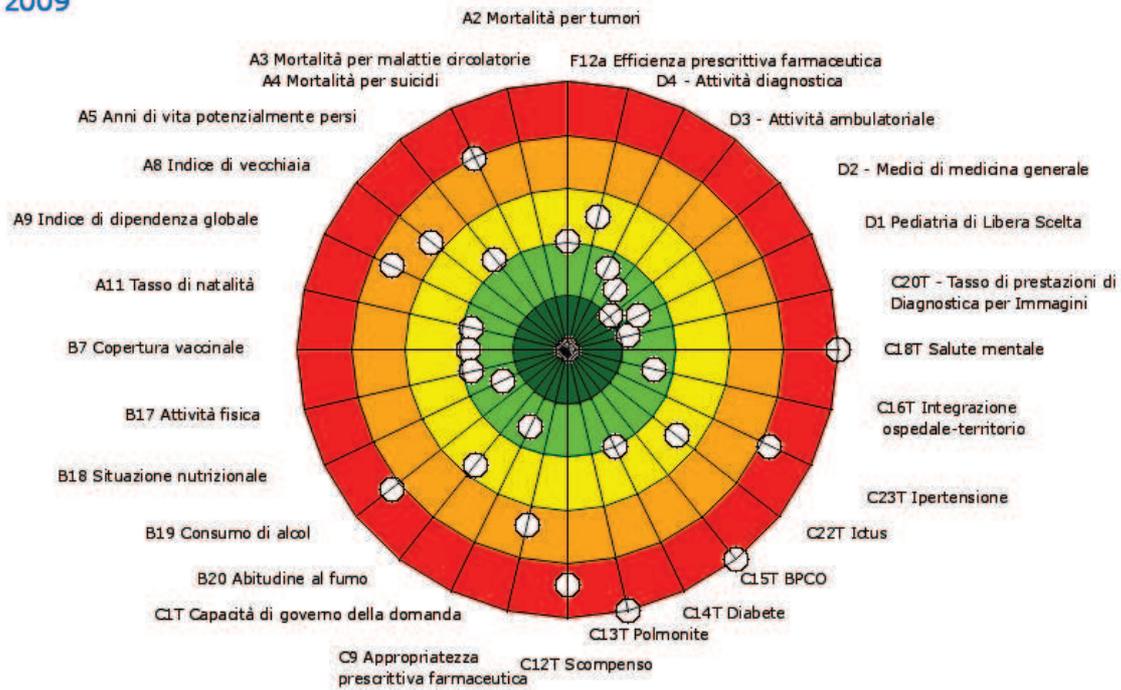
Amiata Grossetana
2009



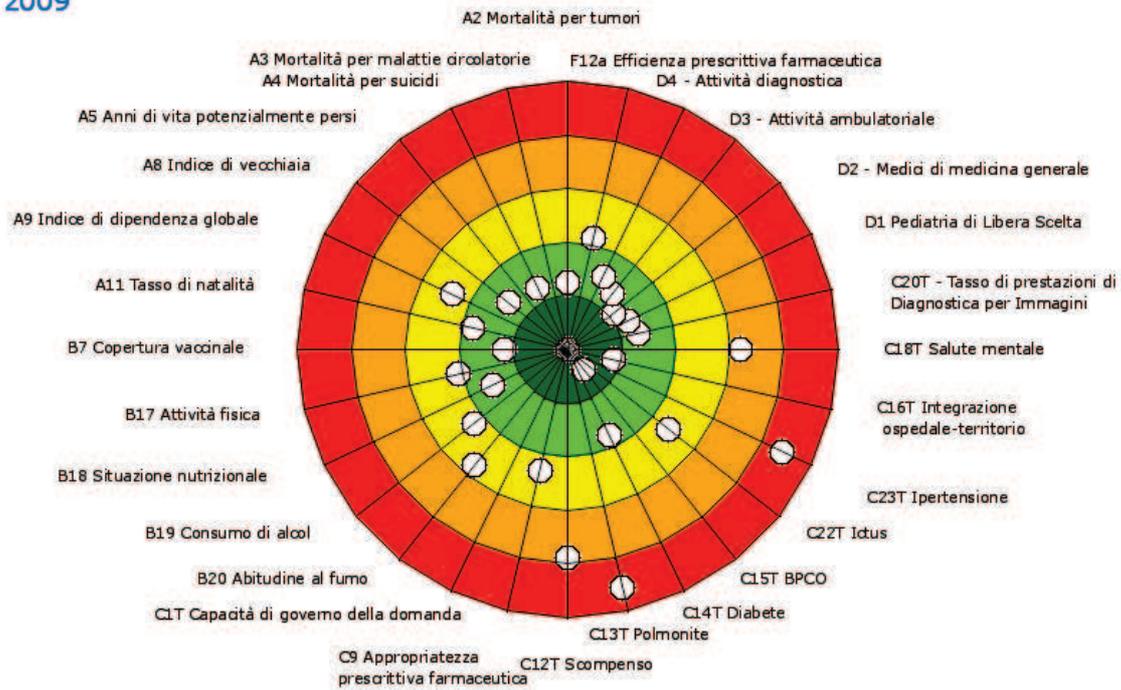
Grossetana
2009



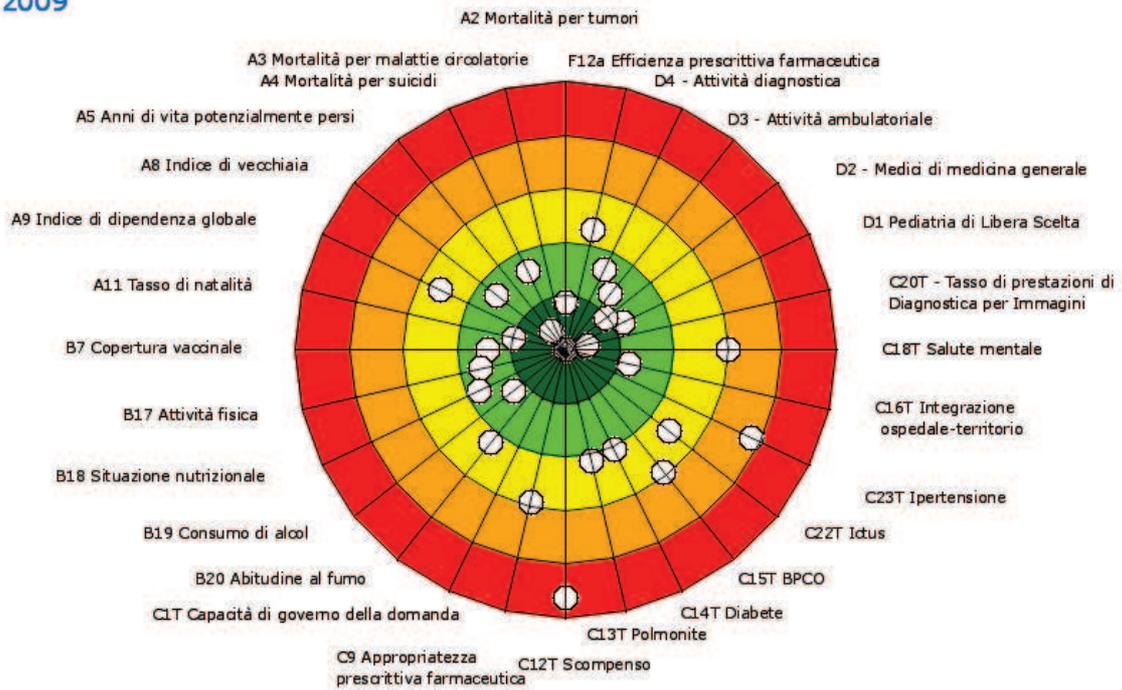
**Firenze
2009**



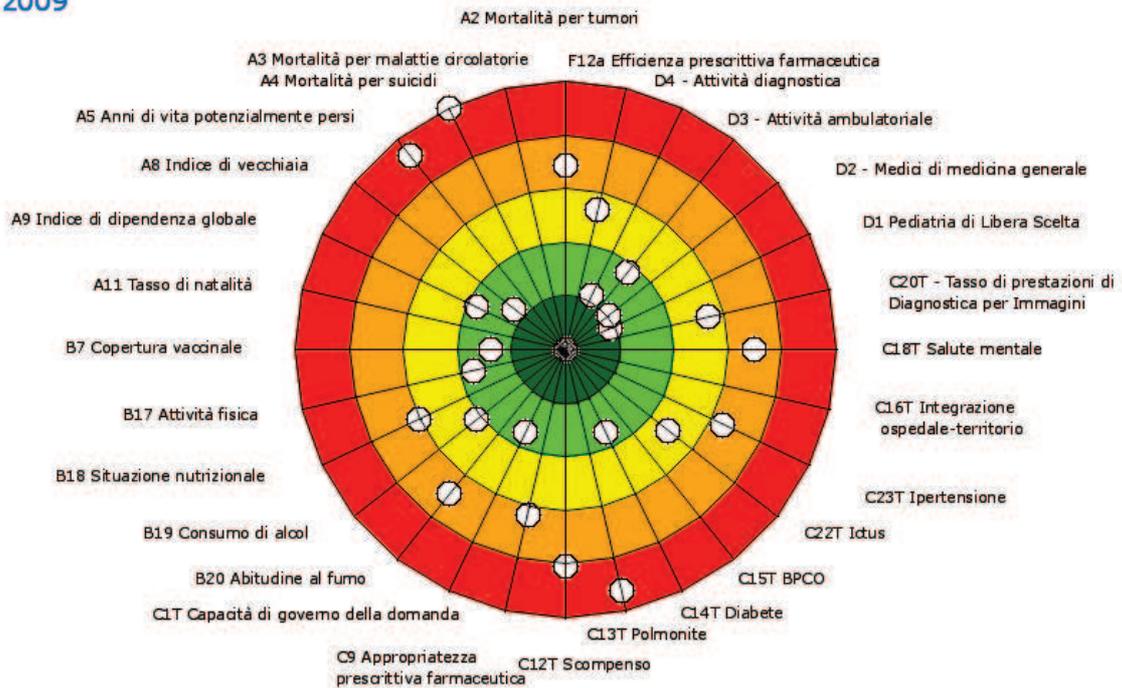
**Fiorentina N/O
2009**



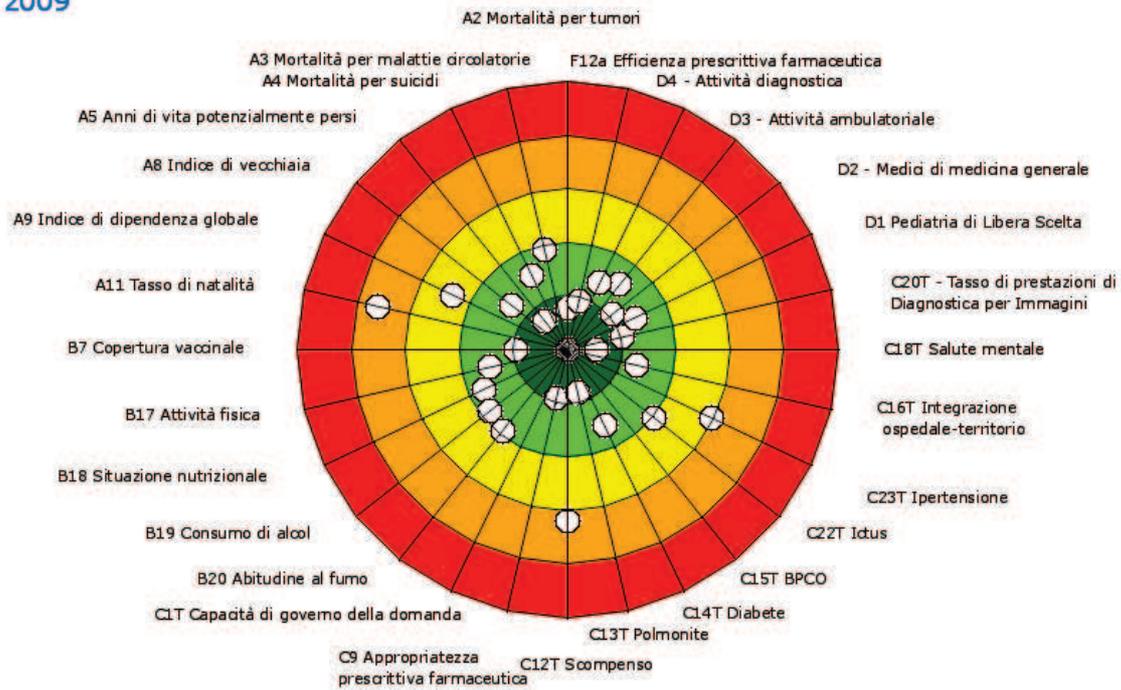
**Fiorentina sud-est
2009**



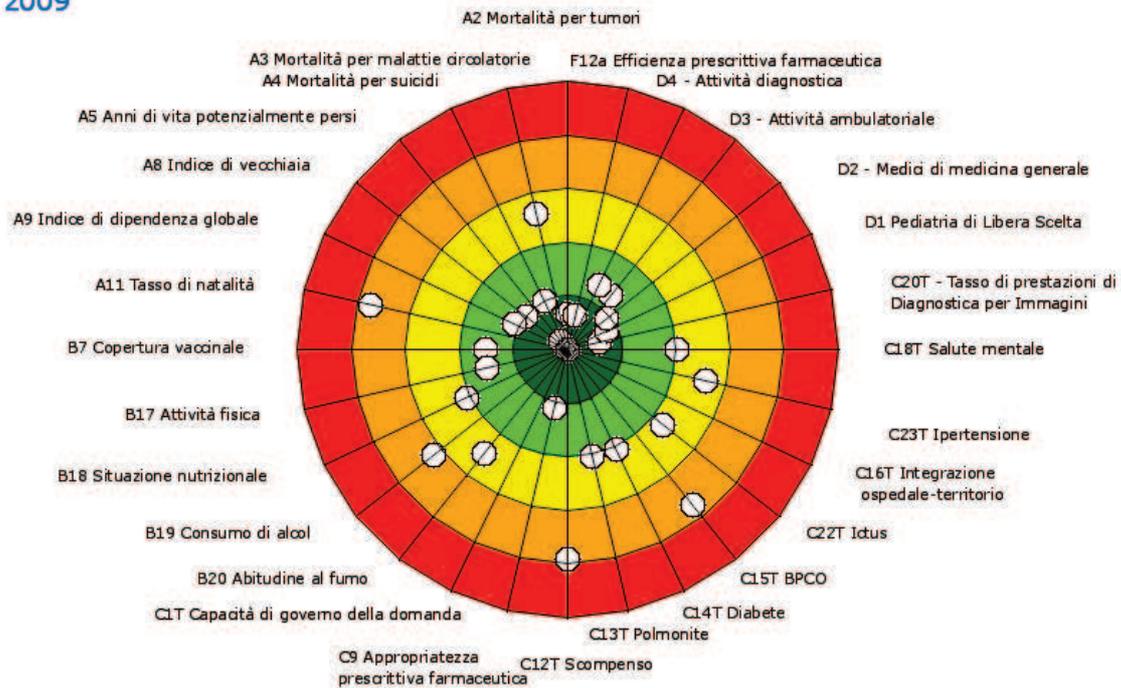
**Mugello
2009**



Empolese
2009



Valdarno Inferiore
2009



Versilia
2009

