

PARTE I
IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE
DELLA SANITÀ TOSCANA

A cura di Sabina Nuti

La Regione Toscana ha inteso introdurre, con il sistema di valutazione della performance presentato nei paragrafi seguenti, uno strumento di governo del sistema sanitario regionale in cui gli orientamenti strategici di lungo periodo fossero monitorati congiuntamente con gli obiettivi di breve periodo e dove il governo della spesa fosse integrato con le misure di risultato al fine di evidenziare il valore prodotto per il cittadino. Se, infatti, è importante che le aziende sanitarie del sistema riescano a perseguire l'equilibrio economico finanziario questo non è però certamente sufficiente. Fondamentale è che le risorse della collettività creino "valore", ossia che siano adeguatamente utilizzate, con efficienza e appropriatezza, per fornire servizi di elevata qualità, garantendo l'accesso e l'equità.

Con questi presupposti il Laboratorio Management e Sanità, costituito dalla Scuola Superiore Sant'Anna in collaborazione con la Regione Toscana, ha progettato e implementato in tutte le aziende sanitarie della Toscana il Sistema di Valutazione della Performance, per misurare la capacità di ogni azienda di essere strategicamente efficace ed efficiente, sia rispetto al territorio in cui opera, sia nell'ambito del sistema regionale in cui è inserita.

Già nel Piano sanitario regionale 2002-2004 infatti, e poi successivamente nei piani sanitari regionali successivi, la Regione Toscana indicava gli obiettivi, i valori ed i principi operativi del modello toscano di sanità. Tra questi, sicuramente irrinunciabili il principio dell'universalità e della programmazione, dell'efficacia e dell'efficienza.

In particolare la programmazione è stata ritenuta fondamentale per ottenere la corrispondenza tra i bisogni dei cittadini e la tipologia, la qualità e la quantità delle prestazioni erogate, evitando sprechi di risorse e garantendo l'appropriatezza dei servizi.

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

La storia del sistema

Con queste premesse, nel 2001 la Regione Toscana, con decreto n. 7425 del 18/12, ha affidato al gruppo di ricerca della Scuola Superiore Sant'Anna¹ l'incarico di predisporre un progetto di prefattibilità per un sistema di valutazione e valorizzazione della performance delle aziende sanitarie toscane.

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

- rappresentative delle tre aree vaste toscane;
- simili in termini di dimensioni e tipologia di servizi offerti²;
- la Ausl 5 di Pisa e l'AOU Pisana quali realtà rappresentative la prima delle aziende sanitarie che hanno nel proprio territorio la presenza di un'azienda ospedaliero-universitaria, la seconda di un'azienda con una missione diversa dalle aziende sanitarie territoriali, in cui accanto all'assistenza sono obiettivi strategici anche la ricerca e la didattica.

La sperimentazione attivata nel 2004 nelle prime quattro aziende sanitarie selezionate, inoltre, è stata impostata in modo da garantire la replicabilità successiva del sistema nelle altre realtà aziendali sanitarie toscane che hanno iniziato l'implementazione a conclusione della prima fase di sperimentazione. L'approccio che ha contraddistinto la

¹ Il gruppo di ricerca della Scuola Superiore Sant'Anna, nella prima fase di progettazione, è stato coordinato dall'autrice di questo capitolo, ed è stato composto dai professori Lino Cinquini e Domenico Bodega, dai ricercatori senior Alessia Macchia, Cristina Renzi, Danilo Neglia, Gabriella Giuliano, dai consulenti Paolo Martinez e l'avv. Marco Lovo, dalla dottoressa Emanuela Tangolo, e dai ricercatori Manuele Bellonzi, Milana Vainieri, Anna Bonini, Angelo Boccaccio, Annalisa Brambini, Manuela Furlan, Linda Marcacci, Domenico Cerasuolo. Il prof. Riccardo Varaldo ha seguito il progetto in qualità di responsabile scientifico.

² Nel sistema sanitario toscano le aziende sanitarie locali gestiscono a livello territoriale tutti e tre i livelli assistenziali ossia prevenzione, attività territoriali e ospedali di primo e secondo livello. Le aziende ospedaliere universitarie sono quattro (Siena, Pisa, Careggi di Firenze e Meyer) e sono integrate con i tre atenei di Siena, Pisa e Firenze. A loro è affidata l'assistenza di terzo livello di Area Vasta e l'assistenza ospedaliera per i cittadini o parte di essi che risiedono nel capoluogo in cui insistono.

metodologia di lavoro adottata è stato multidisciplinare, teso alla valorizzazione di tutti i dati, le informazioni e gli strumenti di valutazione già esistenti ed utilizzati dalla Regione e dalle Aziende coinvolte.

Al termine della fase di sperimentazione nelle quattro aziende pilota, il management delle aziende coinvolte e la Regione stessa hanno ritenuto assai soddisfacenti i risultati ottenuti ed il sistema nel 2005 è stato implementato in tutte le aziende territoriali della Regione. Per quanto concerne le realtà ospedaliere universitarie è stato ritenuto necessario attivare un processo ulteriore di coinvolgimento dei professionisti medici per valutare l'opportunità di inserire nel sistema elementi di specificità rispetto alla missione di questa tipologia di aziende. In questo stesso anno il Laboratorio Management e Sanità ha dato, quindi, avvio ad un percorso formativo modulare regionale, in cui sono stati coinvolti i circa cinquanta direttori di dipartimento ad attività integrata delle quattro aziende ospedaliere universitarie di Pisa, Siena, Firenze (Careggi e Meyer). Questa iniziativa prevedeva nella prima fase tre momenti di due giornate ciascuno in cui, in due edizioni miste, i direttori DAI hanno approfondito e discusso il processo di evoluzione in atto nel sistema sanitario toscano, la dinamica economica finanziaria e l'assetto organizzativo dipartimentale delle aziende ospedaliere universitarie. Nella seconda parte del percorso formativo i partecipanti, con il supporto di docenti della facoltà di economia dei tre atenei toscani³ e della Scuola Superiore Sant'Anna nel ruolo di facilitatori, hanno attivato dei "laboratori", ossia dei gruppi di lavoro che hanno approfondito per specialità la tematica degli indicatori di performance, individuando una rosa di indicatori specifici soprattutto per la componente sanitaria. Questo percorso si è concluso il 3 marzo 2006 con la presentazione pubblica di un rapporto in cui sono stati presentati dai partecipanti stessi gli indicatori individuati e calcolati (più di 200) per le realtà toscane. Questo rapporto è stato successivamente discusso e approfondito dal gruppo di ricerca del Laboratorio Management e Sanità con le direzioni aziendali di Careggi, Meyer, Pisa e Siena, fino a pervenire ad una sintesi condivisa a livello regionale che ha permesso, nel mese di luglio del 2006, la predisposizione di un primo report pilota per le aziende ospedaliere universitarie. Nel secondo semestre del 2006 il sistema di valutazione della performance è entrato a regime anche nelle realtà ospedaliere universitarie della Toscana con l'elaborazione di alcuni indicatori specifici quali ad esempio la capacità di produrre ricerca. Nel mese di aprile del 2007 il report relativo alla performance delle quattro aziende ospedaliere universitarie relativo ai risultati conseguiti nel 2006 è stato consegnato per la prima volta ai rettori dei tre atenei di Pisa, Firenze e Siena.

Fig. 1 – La storia del sistema



Oggi il sistema è utilizzato in tutte le realtà aziendali della Regione e nel 2007 sarà implementato anche nella Direzione generale Diritto alla Salute e Politiche di solidarietà della Regione. Dal mese di luglio del 2007 sarà disponibile su web.

Le finalità e le modalità d'uso del sistema

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

Nel corso della progettazione, sperimentazione ed implementazione, sono stati oggetto di studio e confronto i sistemi di valutazione della performance adottati in altri contesti sanitari pubblici, in particolare il sistema adottato fin

³ In proposito si ringrazia per la collaborazione fornita i prof. Mario Del Vecchio, Gavino Maciocco e Niccolò Persiani dell'Università di Firenze; il prof. Antonio Barretta dell'Università di Siena, i prof. Mauro Bendinelli e prof. Daniele Dalli dell'Università di Pisa e il prof. Lino Cinquini della Scuola Superiore Sant'Anna.

dal 1997 in Canada nella regione dell'Ontario per le realtà ospedaliere⁴. Sono stati spunto di riflessione e di analisi anche il sistema implementato nel sistema sanitario inglese ed olandese, nonché la ricca bibliografia scientifica sul tema della valutazione della performance in sanità.

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

Il sistema di reporting multidimensionale dei risultati

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

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

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

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

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

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

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

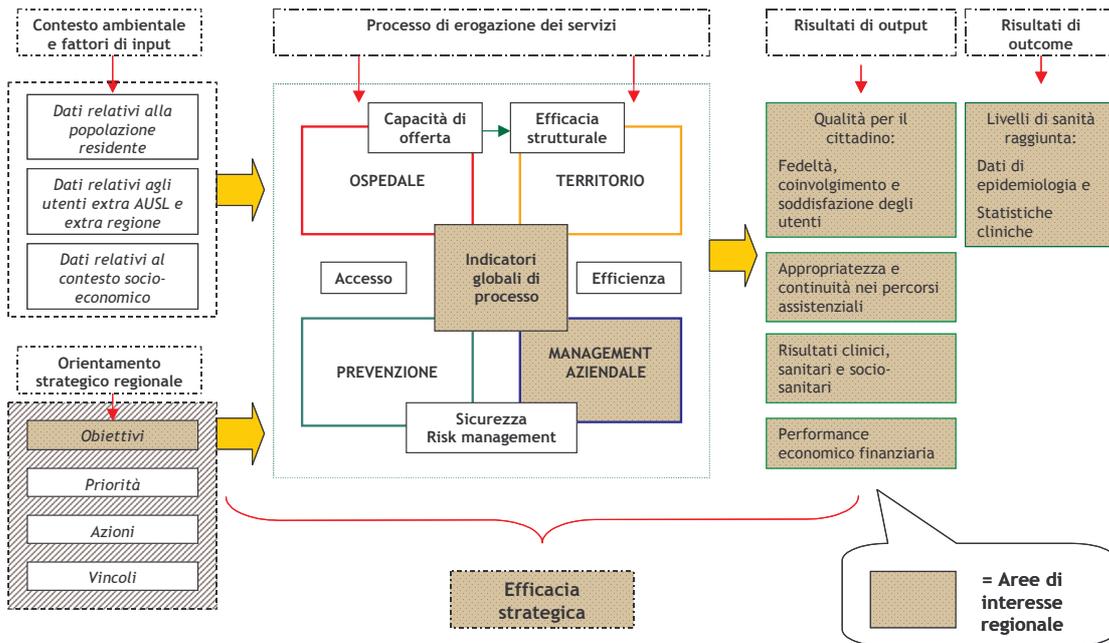
Orientano la fase del processo di erogazione dei servizi sanitari sia il contesto ambientale sia i fattori specifici di

⁴ Confronta www.Hospital report.com

input (vedi la parte sinistra dello schema della figura 2). La tipologia di popolazione, la conformazione del territorio, l'evoluzione dei servizi erogati fino ad oggi e gli obiettivi specifici identificati a livello regionale chiaramente influiscono sulle scelte e sulle modalità adottate da ciascuna azienda per servire il suo territorio.

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

Fig. 2 - Il Sistema Azienda



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

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

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

Fig. 3 – Le dimensioni della valutazione



Le dimensioni della valutazione sono:

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

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

Il gruppo di ricerca del Laboratorio MeS ha optato per una simbologia che fosse ancora più semplice e che avesse una immediata valenza positiva. È stato infatti utilizzato lo schema del "bersaglio" con cinque diverse fasce di valutazione suddiviso in sei settori circolari rappresentativi delle sei dimensioni. L'azienda capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse dimensioni avrà i propri risultati riportati vicino al centro del bersaglio in zona verde (vedi figura n. 4), mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce via via più lontane dal centro.

Fig. 4 – Le dimensioni della valutazione e la logica del bersaglio



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

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

Fig. 5 – Le fasce di valutazione



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

- se esistente, è stato considerato uno standard internazionale riconosciuto (ad esempio: il tasso di cesarei massimo auspicato dall'OMS);
- in caso di assenza di uno standard internazionale di riferimento è stato considerato uno standard regionale definito con delibera regionale
- 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 .

Ogni azienda, quindi, vede rappresentata sinteticamente la propria performance nel suo bersaglio, in cui vengono riportati i valori di sintesi di circa 50 indicatori selezionati. Alcuni indicatori rappresentano la sintesi di un "albero" di più indicatori. A titolo di esempio 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 (vedi figura n. 6).

Fig. 6– la valutazione della medicina di base



Complessivamente gli indicatori monitorati ogni anno sono circa 130. Il loro numero può variare perché ogni anno la Regione, in particolare nella dimensione relativa alla capacità di perseguire gli obiettivi strategici, può modificare gli obiettivi stessi e i relativi risultati da monitorare in base alle priorità strategiche dell'anno. Inoltre i risultati possono avere una differente tempistica di misurazione e valutazione in base alla rilevanza e alla possibilità effettiva di modificare in tempi brevi i risultati ottenuti. I tempi di attesa ad esempio sono misurati mensilmente mentre la soddisfazione dei cittadini per i servizi della medicina di base è misurata ogni due anni.

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

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

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

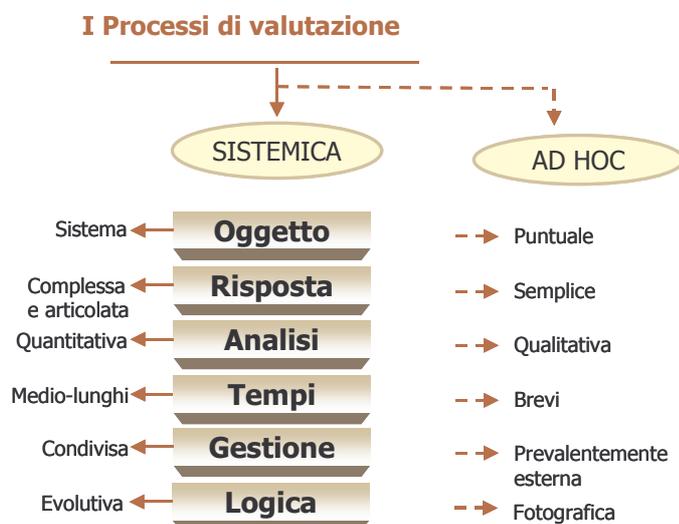
I processi di valutazione "ad hoc"

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

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

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

Fig. 7 – I processi di valutazione "ad hoc"



Si tratta di processi con un orizzonte di analisi molto puntuale e specifico (figura n.7), in cui si ricerca una risposta semplice al quesito base, dove il risultato atteso può essere anche di tipo qualitativo, trasformabile successivamente in termini quantitativi, se necessario. I tempi di risposta attesi per questa risposta sono brevi e le modalità con cui si attiva il processo di indagine può essere anche di tipo esterno, ossia senza il coinvolgimento dei soggetti interni coinvolti nel processo di erogazione dei servizi o nello svolgimento delle attività oggetto di analisi. La logica di effettuazione di questi processi di valutazione ad hoc, in linea con l'essere puntuale e specifica, è quella di fornire una fotografia della situazione indagata e non un "film" con un prima, un durante e un post. La misura presenta la situazione del momento così come appare tramite lo strumento di analisi.

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

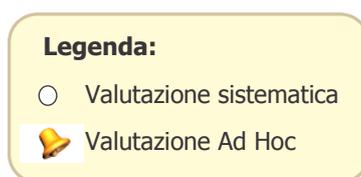
- verificare dello stato di attuazione di alcune Delibere Regionali di elevata criticità;
- verificare la presenza di alcune situazioni di criticità nei processi di erogazione dei servizi, magari in seguito a segnalazioni ricevute da associazioni, cittadini, enti locali;
- analizzare lo stato di fatto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

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

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

I focus group e gli altri strumenti utilizzati nei processi di valutazione ad hoc hanno permesso di elaborare degli indicatori e di ottenere delle misure. La diversa natura di tali misure è stata segnalata nel sistema di valutazione in modo differente rispetto alle misure elaborate mediante una metodologia sistematica, ovvero con il simbolo di un campanello. Questo segno avverte che la misura ha valore solo segnaletico, che può necessitare di ulteriori e più approfondite indagini (vedi figura n.8).

Fig. 8 – La legenda per la rappresentazione della valutazione sistematica e "ad hoc"



Gli indicatori del sistema

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

Nel caso in cui la valutazione si basi su più indicatori il risultato finale può essere il frutto di una semplice media oppure di una media "pesata" che considera in modo differenziato i risultati conseguiti in base alla rilevanza degli indicatori considerati.

L'indicatore C7 nell'ambito della valutazione sanitaria misura la qualità del percorso materno infantile ad esempio ed il risultato è calcolato considerando il tasso dei cesarei depurato da complessità con un peso pari al 50% mentre il restante 50% è il risultato della media tra gli 4 altri Indicatori che compongono l'albero dell'indicatore C7.

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

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori	Bersaglio	Bersaglio	Obiettivo	Bersaglio	Obiettivo
		2005	2006	2006	2007	2007
VALUTAZIONE SALUTE DELLA POPOLAZIONE (A)						
A1	Mortalità Infantile	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
A1.1	Mortalità nel primo anno di vita	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
A1.2	Mortalità neonatale nei primi 6 giorni di vita		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
A1.3	Mortalità nei primi 28 giorni di vita		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
A2	Mortalità tumori	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
A3	Mortalità per malattie circolatorie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
A4	Mortalità per suicidi		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
CAPACITA' PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI (B)						
B1	La costituzione e il funzionamento del CORD	<input checked="" type="checkbox"/>				
B2	Attivazione e conoscenza del SUP	<input checked="" type="checkbox"/>				
B3	Tempi di attesa per visite specialistiche	<input checked="" type="checkbox"/>				
B4	Strategie per il controllo del dolore	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B4.1	Consumo di farmaci oppioidi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B4.2	Indagini di soddisfazione degli utenti		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B5	Estensione ed adesione allo screening	<input checked="" type="checkbox"/>				
B5.1	Screening Mammografico	<input checked="" type="checkbox"/>				
B5.2	Screening cervice uterina	<input checked="" type="checkbox"/>				
B5.3	Screening coloretale	<input checked="" type="checkbox"/>				
B6	Donazioni di organi		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
B6.1	% Morti Encefaliche individuate		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
B6.2	% Donatori Effettivi		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
B7	Grado di copertura vaccinale		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B7.1	Grado di copertura per vaccino MPR		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
B7.2	Grado di copertura per vaccino antinfluenzale		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B8	Tempestività SIR		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B9	Equità ed accesso		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B9.1	Percorso materno infantile		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B9.2	Pronto Soccorso		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B9.3	Ricovero Ospedaliero		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B9.4	Servizi territoriali				<input checked="" type="checkbox"/>	
B10	Organizzazione del percorso assistenziale del ricovero		<input checked="" type="checkbox"/>			
B10.1	Percezione processi organizzativi		<input checked="" type="checkbox"/>			
B10.2	Coordinamento		<input checked="" type="checkbox"/>			
B11	Complessità (AOU)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B11.1	Percentuali Drg C di alta complessità		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B11.2	Peso medio Drg C di alta complessità		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B12	Mobilità (AOU)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B12.1	Indice di fuga intraregionale extra Area Vasta		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B12.2	Indice di attrazione intraregionale extra Area Vasta		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B12.3	Indice di fuga extraregionale		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B12.4	Indice di attrazione extraregionale		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B13	Continuità assistenziale: percorso materno infantile	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B13.1	Pre-parto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B13.2	Parto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B13.3	Post-parto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B14	Tempi di attesa per prestazioni di diagnostica				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B15	Capacità attività di ricerca		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori	Bersaglio	Bersaglio	Obiettivo	Bersaglio	Obiettivo
		2005	2006	2006	2007	2007
VALUTAZIONE SANITARIA (C)						
C1	Valutazione della capacità di governo della domanda	<input checked="" type="checkbox"/>				
C1.1	Tasso ospedalizzazione globale	<input checked="" type="checkbox"/>				
C1.2	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C1.3	Tasso ospedalizzazione DH	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C1.4	Tasso ospedalizzazione DH medico		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C1.5	Tasso ospedalizzazione DH chirurgico		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C1.6	Tasso di prestazioni ambulatoriali	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C2	Valutazione di efficienza delle attività di ricovero	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
C2.1	Degenza media colecistectomia laparoscopica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
C2.2	Degenza media isterectomia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
C2.3	Degenza media prostatectomia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
C2.4	Degenza media ictus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C2.5	Degenza media IMA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C2.6	Degenza media emorragia gastrointestinale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C2.7	Degenza media scompenso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C2.8	Degenza media polmonite	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C3	Valutazione di efficienza pre-operatoria	<input checked="" type="checkbox"/>				
C4	Valutazione di appropriatezza	<input checked="" type="checkbox"/>				
C4.1	% Drg medici da reparti chirurgici (divisi RO e DH)	<input checked="" type="checkbox"/>				
C4.2	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery	<input checked="" type="checkbox"/>				
C4.3	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C4.4	Drg LEA Medici: % standard raggiunti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C5	Valutazione della qualità clinica	<input checked="" type="checkbox"/>				
C5.1	% re-ricoveri		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C5.2	% fratture anca operate in 2 gg	<input checked="" type="checkbox"/>				
C5.3	% prostatectomie transuretrali		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C5.4	Mortalità intraospedaliera per infarto		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C5.5	Mortalità intraospedaliera per embolia polmonare		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C5.6	% di utilizzo di 1 mammaria nel by-pass (AOU)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C5.7	% di interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C5.8	% ventilazioni meccaniche non invasive (AOU)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C6	Rischio clinico	<input checked="" type="checkbox"/>				
C7	Valutazione Materno-Infantile	<input checked="" type="checkbox"/>				
C7.1	% cesarei depurato	<input checked="" type="checkbox"/>				
C7.2	% parti indotti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C7.3	% episiotomia depurato	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C7.4	Tasso Apgar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C7.5	% ventosa e forcipe		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C7.6	Tasso di ricoveri in pediatria: RO e DH		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C7.7	Tasso di fughe per parto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C8	Valutazione dell'efficacia sanitaria delle attività territoriali		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C8.1	Tasso ospedalizzazione scompenso		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C8.2	Tasso ospedalizzazione polmonite		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C8.3	Tasso ospedalizzazione diabete		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C8.4	Tasso concepimenti minorenni		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C8.5	Tasso di ricoveri >30 gg sulla popol. resid.		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C8.6	Tasso di ricoveri con patologie psichiatriche per residenti		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C8.7	% di TSO sui ricoveri con patologie psichiatriche, per residenti		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C9	Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C9.1	Inibitori di pompa protonica: riduzione n. unità posologiche		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C9.2	Statine: tasso di abbandono		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C9.3	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina: % confezioni sartani		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C9.4	inibitori selettivi ricaptazione serotonina: riduzione DDD		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C10	Valutazione del percorso oncologico		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C10.1	% interventi conservativi per tumore alla mammella		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C10.2	% interventi per tumore al polmone fuori Area Vasta (AOU)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C10.3	% deceduti a casa per tumore maligno		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori	Bersaglio	Bersaglio	Obiettivo	Bersaglio	Obiettivo
		2005	2006	2006	2007	2007
VALUTAZIONE ESTERNA (D)						
D1	Percorso oncologico colon-retto	<input checked="" type="checkbox"/>				
D2	Medicina di base	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
D3	Attività ambulatoriale	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
D4	Attività diagnostica	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
D5	Servizi di prevenzione	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
D6	Conoscenza URP	<input checked="" type="checkbox"/>				
D7	Presenza in carico del paziente nel percorso oncologico da parte del MMG	<input checked="" type="checkbox"/>				
D8	Soddisfazione percorso emergenza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
D8.1	Percorso complessivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
D8.2	Accoglienza e privacy	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
D8.3	Personale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
D9	Percentuale abbandoni pronto soccorso		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
D10	Insoddisfazione percorso emergenza 	<input checked="" type="checkbox"/>				
D10.1	Percorso complessivo	<input checked="" type="checkbox"/>				
D10.2	Accoglienza e privacy	<input checked="" type="checkbox"/>				
D10.3	Personale	<input checked="" type="checkbox"/>				
D11	Qualità dell'assistenza del ricovero		<input checked="" type="checkbox"/>			
D11.1	Cortesia e la disponibilità		<input checked="" type="checkbox"/>			
D11.2	Accuratezza dell'assistenza sanitaria		<input checked="" type="checkbox"/>			
D11.3	Valutazione complessiva cure prestate		<input checked="" type="checkbox"/>			
D11.4	Valutazione complessiva dell'esperienza di ricovero rispetto alle aspettative		<input checked="" type="checkbox"/>			
D12	Umanizzazione del ricovero		<input checked="" type="checkbox"/>			
D12.1	Empatia		<input checked="" type="checkbox"/>			
D12.2	Gestione Dolore		<input checked="" type="checkbox"/>			
D13	Comunicazione sanitaria del ricovero		<input checked="" type="checkbox"/>			
D13.1	Informazioni cliniche		<input checked="" type="checkbox"/>			
D13.2	Partecipazione		<input checked="" type="checkbox"/>			
D14	Comfort e ambiente		<input checked="" type="checkbox"/>			
D14.1	Orario visite familiari		<input checked="" type="checkbox"/>			
D14.2	Pulizia degli spazi		<input checked="" type="checkbox"/>			
D14.3	Confort camera da letto		<input checked="" type="checkbox"/>			
D14.4	Gradevolezza dei pasti		<input checked="" type="checkbox"/>			
D14.5	Orario pasti		<input checked="" type="checkbox"/>			
VALUTAZIONE INTERNA (E)						
E1	Tasso di risposta all'indagine di clima	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
E2	Tasso di assenteismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
E4	Condizioni di lavoro per i responsabili	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E4.1	Il mio lavoro	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
E4.2	Condizioni di lavoro	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
E4.3	Lavoro di gruppo	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
E5	Management per i responsabili	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
E5.1	Comunicazione ed informazione	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
E5.2	Il mio responsabile	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
E5.3	La mia azienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
E6	Condizioni di lavoro per i dipendenti	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
E7	Management per i dipendenti	<input checked="" type="checkbox"/>				
E7.1	Comunicazione ed informazione	<input checked="" type="checkbox"/>				
E7.2	Il mio responsabile	<input checked="" type="checkbox"/>				
E7.3	La mia azienda	<input checked="" type="checkbox"/>				
E8	Evoluzione aziendale	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
E9	Attività di formazione	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	

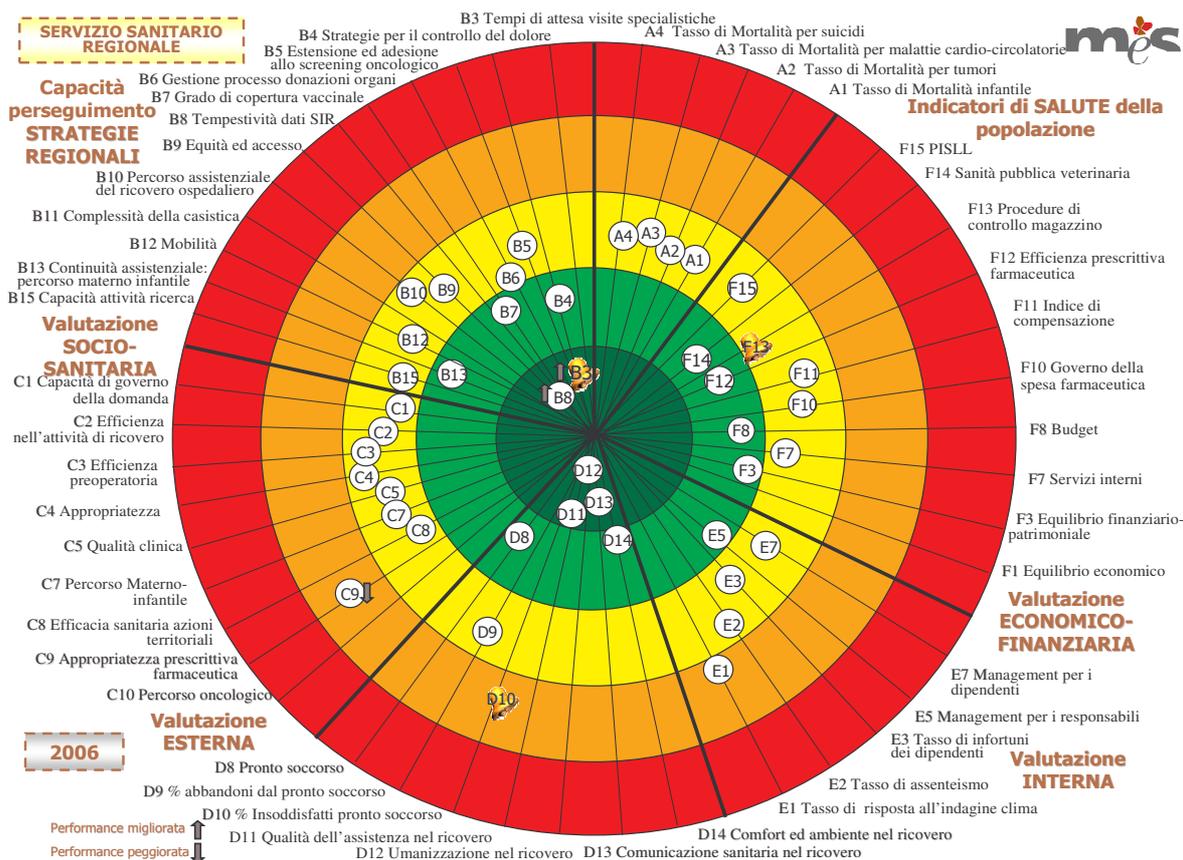
Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori	Bersaglio	Bersaglio	Obiettivo	Bersaglio	Obiettivo
		2005	2006	2006	2007	2007
VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA (F)						
F1	Equilibrio Economico	<input checked="" type="checkbox"/>				
F1.1	Equilibrio Economico Generale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F1.2	Equilibrio Economico Gestione Sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F1.3	ROI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F3	Equilibrio Patrimoniale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F3.1	Indice di disponibilità	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F3.2	Tasso di obsolescenza tecnica		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F3.2.1	Incidenza dei canoni leasing		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F3.3	Indice di rinnovo degli investimenti		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F5	Equilibrio Finanziario	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F5.1	Indice di elasticità finanziaria	<input checked="" type="checkbox"/>				
F5.2	Costo delle scelte di finanziamento		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F5.2.1	Composizione dei debiti finanziari		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F5.2.2	Dilazione media dei debiti		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F7	Servizi Interni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F8	Budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F10	Governo della spesa farmaceutica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
F11	Indice di compensazione	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F12	Efficienza prescrittiva farmaceutica		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F12.1	Inibitori di pompa protonica: costo medio unitario		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F12.2	Statine: costo medio unitario		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F12.3	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina: % Enalapril		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F12.4	Antagonisti dei recettori alfa adrenergici: % Tamsulosina		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F12.5	Antidepressivi: costo medio unitario		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F13	Procedure controllo interno magazzino		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F13.1	Conoscenza principi contabili		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F13.2	Esistenza procedura scritta		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F13.3	Applicazione procedura		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F13.4	Informazioni prospetti Conto Economico e Stato Patrimoniale		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F13.5	Informazioni Prospetto Nota Integrativa		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F13.6	Imputazioni costo ai Centri di Costo		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F14	Efficienza ed efficacia nella Sanità Pubblica Veterinaria		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F14.1	Sicurezza Alimentare e Piani Residui		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F14.2	Flussi informativi		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F14.3	Qualifiche sanitarie		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F14.4	Dilazione di pagamento dei rimborsi agli allevatori		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F15	Efficienza dei servizi di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F15.1	Copertura del territorio		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F15.2	Efficienza Produttiva		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	

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

La performance del sistema sanitario Toscano nel 2006

Nel 2006 il sistema sanitario nel suo complesso ha ottenuto una performance positiva su alcuni indicatori e una performance media nella maggior parte degli indicatori selezionati. Questo è chiaramente dovuto al fatto che i risultati rappresentati sul bersaglio regionale, soprattutto nel primo anno di elaborazione, in molti casi sono calcolati sulla media dei risultati conseguiti dalle aziende e ricadono, quindi, nella fascia gialla. Negli anni successivi al primo di elaborazione, la Regione è stata in grado di individuare un obiettivo di azione per ciascun indicatore ed il posizionamento dell'indicatore del bersaglio si è spostato dal livello intermedio in base alla capacità del sistema regionale di migliorare. I dati nel bersaglio si riferiscono al 2006, ad eccezione degli indicatori B5, B13, di quelli di salute della popolazione e di alcuni indicatori della dimensione F.

Fig. 9 – Il bersaglio regionale 2006



Come appare dal bersaglio regionale (figura n. 9), gli indicatori in cui si registra la performance più elevata sono quelli relativi alla dimensione esterna. I cittadini hanno infatti espresso un giudizio significativamente positivo relativamente ai servizi sanitari su cui è stata realizzata l'indagine di soddisfazione, ossia il servizio di ricovero, il pronto soccorso e il percorso materno infantile. Ottima la performance raggiunta riguardo al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e specialistiche da erogare entro i 15 giorni per la prima visita (indicatore B3). Nel 2007, sono oggetto di misurazione anche i tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche.

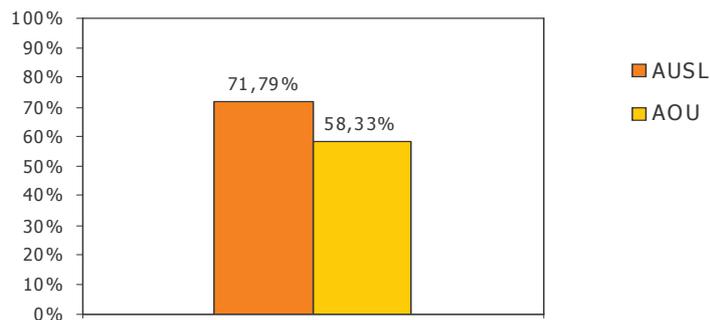
Pur se la valutazione media della soddisfazione è elevata, rimane ancora alto il numero di utenti insoddisfatti dei servizi di pronto soccorso (indicatore D10) e si registrano alcune criticità nella continuità e coordinamento del percorso assistenziale di ricovero ospedaliero (indicatore B10). Assai critico è anche l'indicatore E1, che registra una scarsa performance sul tasso di risposta dei dipendenti all'indagine di clima: la bassa adesione è un significativo segnale di sofferenza e di scarsa attenzione alle problematiche aziendali.

Poiché le aziende mostrano una notevole variabilità in molti degli indicatori presenti nella dimensione socio-sanitaria, a livello regionale si registra una performance media, ad eccezione di un indicatore. Ciò dipende anche dal fatto che in buona misura la valutazione si basa su standard definiti a livello regionale, proprio per spingere le aziende al miglioramento del processo di offerta dei servizi.

Confrontando la performance degli indicatori che sono stati oggetto di valutazione nel 2006 e che sono confrontabili con il 2005, a livello regionale si registra che le aziende sanitarie territoriali sono riuscite a conseguire un miglioramento della performance nel 72% dei casi, mentre per le aziende ospedaliero-universitarie il miglioramento della performance è presente nel 58% dei casi.

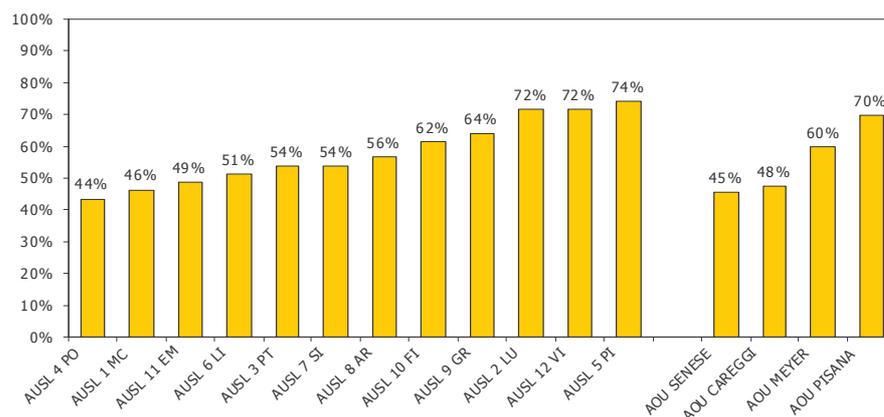
La differenza dipende dal fatto che le aziende ospedaliero universitarie hanno adottato il sistema successivamente a quelle territoriali e che hanno avuto meno tempo per orientare la propria azione in linea con gli indicatori oggetto di verifica. In questo primo periodo di adozione del sistema di valutazione della performance le aziende hanno registrato capacità diverse di attivare processi di cambiamento e di perseguire miglioramenti nei risultati negli indicatori del sistema.

Fig. 10 - Percentuale regionale per AUSL e AOU di indicatori del 2006 con una performance migliore rispetto al 2005



Da sottolineare la capacità delle aziende territoriali di Lucca, Versilia, Pisa e Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana che hanno registrato dal 2005 al 2006 un miglioramento su più del 70% degli indicatori. Questo dato va letto congiuntamente con la situazione di partenza dell'azienda. Alcune aziende, come ad esempio Arezzo e Empoli, pur non registrando una elevata percentuale di indicatori con risultati in miglioramento, conseguono una performance positiva iniziale in molte dimensioni oggetto di monitoraggio.

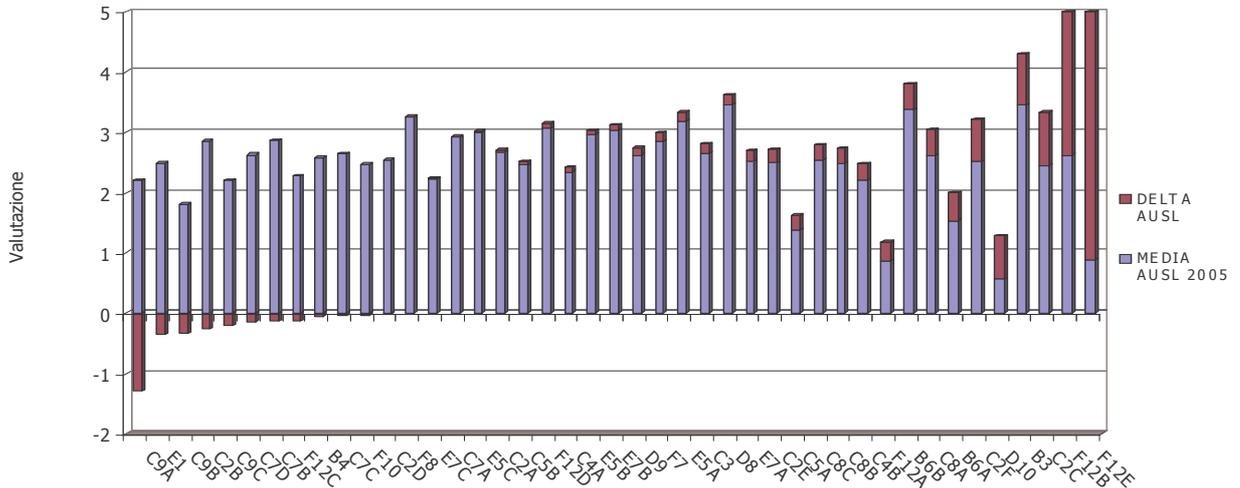
Fig. 11 - Percentuale di indicatori migliorati rispetto al 2005



Anche se il bersaglio regionale, elaborato sulle medie dei risultati delle aziende, non presenta alcun indicatore sulla fascia rossa, questi sono invece presenti in alcuni casi nei bersagli delle singole realtà aziendali rappresentati nel capitolo successivo.

Il grafico successivo evidenzia l'andamento per tutti gli indicatori del bersaglio presenti sia nel 2005 che nel 2006. La colonna in blu evidenzia il risultato in termini di valutazione da 0 a 5 ottenuto nel 2005 mentre la parte in viola evidenzia il differenziale ottenuto nel 2006 in aggiunta alla colonna del 2005 se positivo oppure segnalato in negativo se peggiorativo. Come appare evidente dal grafico il numero di indicatori in cui si registra un miglioramento è nettamente superiore a quelli in cui la performance è peggiorata e questo dimostra la capacità del sistema di attivare cambiamenti, certamente anche grazie al sistema di reporting introdotto.

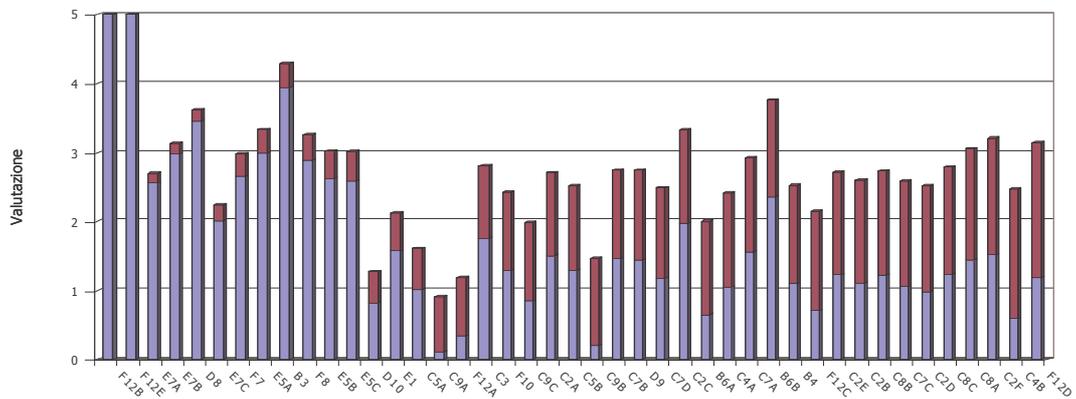
Punteggi 2005 e variazione 2005-2006 degli indicatori Aziende USL (media regionale)



Significativo è anche analizzare quali indicatori registrano tra le aziende alte variazioni di risultato e quali invece hanno un allineamento regionale. Il grafico seguente evidenzia nelle colonne la performance ottenuta per ciascun indicatore nel 2006. La parte in viola evidenzia in particolare la variabilità registrata tra la performance delle aziende sull'indicatore.

È ipotizzabile che la performance degli indicatori con bassa deviazione standard sia frutto delle strategie o caratteristiche proprie del sistema sanitario, mentre quella con alta variabilità sia determinata maggiormente dalle scelte del management aziendale. I risultati ad alta variabilità dipendono molto dalla organizzazione, nonché dalle competenze professionali presenti. Nel primo gruppo molti indicatori dell'area "capacità di perseguimento delle strategie regionali" e della "valutazione interna", nel secondo gruppo molti indicatori di valutazione sanitaria. Nel primo caso è ipotizzabile che quando la Regione individua una linea di azione formalizzata in delibere con precisi obiettivi, tutto il sistema tenda a muoversi in modo compatto verso il raggiungimento dell'obiettivo. È il caso dei tempi di attesa o delle vaccinazioni antinfluenzali agli anziani. Assai variegata, invece, la performance nella dimensione socio sanitaria, che dipende molto di più dai professionisti e dall'assetto organizzativo presente in ogni azienda. In questa area la responsabilità del management aziendale è più evidente e maggiori sono le possibilità di apprendimento mediante il confronto con le "best practices".

Punteggi 2006 e deviazioni standard degli indicatori Aziende USL (media regionale)

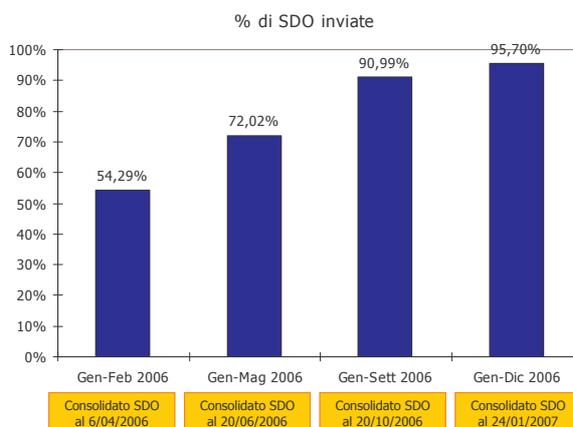


Infine, l'indicatore che registra la percentuale di Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) inviate nel corso del 2006 rispetto al corrispondente periodo del 2005, passa dal 54% del primo invio di aprile al 96% dell'invio di gennaio 2007. Tale indicatore è significativo per esprimere la capacità di cambiamento delle aziende sanitarie toscane e soprattutto della volontà di aderire ad un sistema che permette una valutazione più trasparente e chiara della performance aziendale.

Tutti gli operatori e i sistemi informativi aziendali hanno sostenuto al riguardo un elevato impegno. Ricevere con tempestività e continuità nel tempo una reportistica capace di evidenziare i processi di miglioramento conseguiti dalle aziende del sistema a confronto ha sicuramente consolidato il rapporto di fiducia ed invogliato tutti i soggetti del sistema a fare del loro meglio per alimentare il sistema informativo regionale⁵.

Regione Toscana

% di SDO inviate nel 2006 rispetto al numero di ricoveri erogati nel corrispondente periodo del 2005



⁵ In proposito un ringraziamento particolare a Emanuele Giusti, responsabile Settore Sistema Informativo e ICT della Regione Toscana e al suo staff tra cui in particolare Serenella Acciai, per il grande contributo fornito nella elaborazione dei dati.