

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA SANITÀ TOSCANA

a cura di Sabina Nuti

1. Il sistema di reporting multidimensionale dei risultati

Il presente rapporto illustra i risultati ottenuti dalla sanità toscana per l'anno 2010.

La Regione Toscana considera ormai da anni il sistema di valutazione della performance presentato nei paragrafi seguenti, uno strumento di governo del sistema sanitario regionale essenziale, in cui gli orientamenti strategici di lungo periodo sono monitorati congiuntamente con gli obiettivi di breve periodo e dove il governo della spesa è 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 grazie alla collaborazione con la Regione Toscana, ha progettato e implementato in tutte le aziende sanitarie della Toscana fin dal 2005 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.

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.

Ogni anno l'intero sistema e i nuovi indicatori introdotti sono sottoposti alla supervisione scientifica di un comitato di esperti a livello internazionale ed in molti suoi ambiti condiviso con un network di Regioni italiane che hanno adottato lo stesso sistema di valutazione. Compongono il network le seguenti Regioni: Basilicata, Liguria, Marche, Piemonte, Umbria, Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Bolzano e Provincia Autonoma di Trento. Con i referenti di queste regioni è in atto un proficuo lavoro di revisione continua dello strumento per adattarlo ai cambiamenti in atto nel sistema, renderlo sempre più adeguato a supportare i processi decisionali della Regione e delle Aziende Sanitarie e per permettere un confronto permanente dei risultati.

In ottica multidimensionale i risultati conseguiti dalle aziende sanitarie della Regione Toscana e dal sistema sanitario nel suo insieme sono analizzati secondo sei dimensioni di sintesi, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello sanitario (vedi figura n. 1).



Fig. 1 - Le dimensioni della valutazione

Le dimensioni della valutazione sono:

- **La valutazione dei livelli di salute della popolazione (A)**
Pur sapendo che questa tipologia di risultati, 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 nel passato, gli indicatori presenti in questa dimensione rappresentano il punto di partenza e di arrivo di tutti i sistemi sanitari.
- **La valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali (B)**
Le aziende sanitarie toscane rispondono non solo della loro capacità di essere strutture efficienti ed efficaci come entità autonome ma anche come soggetti costituenti il sistema sanitario regionale, operando in squadra per valorizzare le sinergie e per garantire accesso e equità a tutta la popolazione. In questo senso è importante che le aziende siano attente e capaci di implementare gli orientamenti strategici regionali, ossia di applicare il piano sanitario regionale e le delibere regionali nei tempi e nei modi richiesti.

- **La valutazione socio-sanitaria (C)**

In questa dimensione sono compresi i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario sia per le attività dell'ospedale, che per le attività del territorio e della prevenzione.

- **La valutazione esterna (D)**

In questa dimensione viene considerata la valutazione che i cittadini e gli utenti danno dei servizi sanitari aziendali che utilizzano. Il giudizio del cittadino/utente, per diventare di aiuto alle scelte strategiche ed organizzative delle aziende che erogano servizi di pubblica utilità, deve essere articolato nel dettaglio, cogliendo tutti gli aspetti centrali ed accessori nella valutazione del servizio e, soprattutto, oltre al livello di soddisfazione, deve tener conto dell'esperienza vissuta.

- **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)**

In questa dimensione viene considerata la capacità aziendale di perseguire le tre condizioni di equilibrio della dinamica economico finanziaria, ossia l'equilibrio reddituale, l'equilibrio monetario, finanziario e patrimoniale. 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, quali 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...).

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.

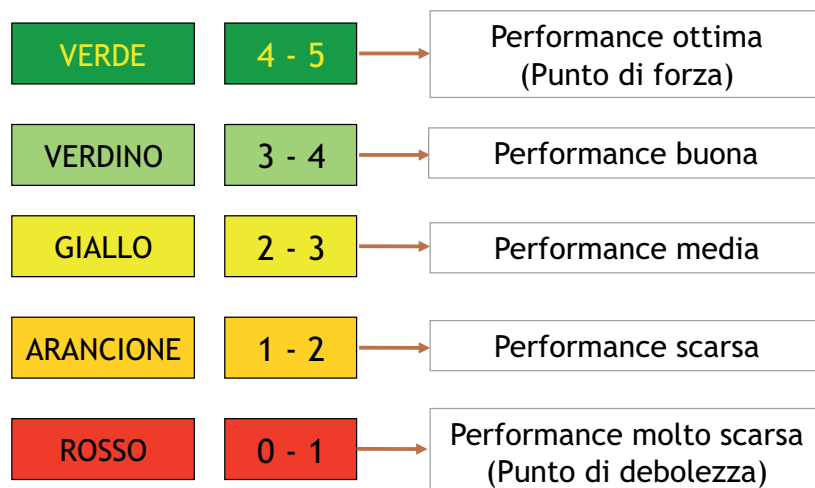


Fig. 2 - Le fasce di valutazione

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 o nel piano sanitario regionale;
- in caso di assenza di uno standard regionale di riferimento è stata considerata la media regionale corretta con eventuali fattori di risk adjustment (generalmente età e genere) per rendere possibile il confronto tra le aziende.

2. Gli indicatori del sistema

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 copertura vaccinale è data dalla media della valutazione di due sottoindicatori: copertura vaccino MPR e antiinfluenzale oltre 65 anni. (vedi figura n. 3). Il terzo sottoindicatore, relativo al papilloma virus, è di “osservazione”, quindi non è valutato e non concorre alla definizione del punteggio di sintesi.

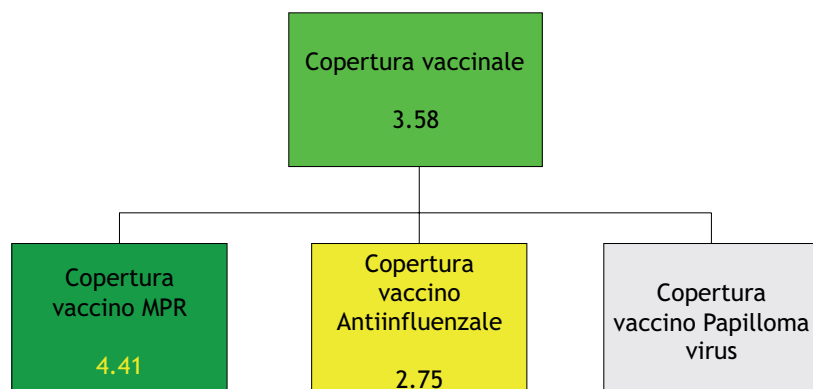


Fig. n. 3 L'albero di valutazione della copertura vaccinale

Complessivamente gli indicatori monitorati ogni anno sono oltre 200. 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 specifico servizio considerato, 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 rappresentatività statistica, realizzate direttamente dal Laboratorio Management e Sanità per garantire l'omogeneità delle metodologie adottate, essenziali per ottenere dati confrontabili.

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. Dove possibile, si riportano i dati per il triennio 2008-2010.

16 - PARTE I - IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA SANITÀ TOSCANA

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2010 Regione Toscana	valore 2005 2007	valore 2006 2008	
STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE (A)				
A1	Mortalità Infantile			
A1.1	Mortalità nel primo anno di vita	2,77	2,70	
A1.2	Mortalità neonatale precoce (primi 6 giorni di vita)	1,24	1,20	
A1.3	Mortalità neonatale totale (primi 28 giorni di vita)	1,98	1,94	
A2	Mortalità tumori	168,97	166,01	
A3	Mortalità per malattie circolatorie	172,11	166,40	
A4	Mortalità per suicidi	5,19	5,28	
A5	Tasso di anni di vita potenzialmente persi (PYLL)	3614,50	3557,30	
Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2010 Regione Toscana	valore 2008	valore 2009	valore 2010
CAPACITA' DI PERSEGUIMENTO DELLE STRATEGIE REGIONALI (B)				
B2	Stili di vita (PASSI)			
B2.1	Attività fisica			
B2.1.1	Percentuale di sedentari	26,03		
B2.1.2	Percentuale di persone sedentarie consigliati dal medico di fare attività fisica	30,44		
B2.2	Situazione nutrizionale			
B2.2.1	Percentuale di persone obese	9,84		
B2.2.2	% di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso	55,26		
B2.2.3	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di fare attività fisica	41,72		
B2.3	Consumo di alcol			
B2.3.1	Percentuale di binge e fuori pasto	10,79		
B2.3.2	Percentuale di binge e fuori pasto consigliati dal medico di bere meno	5,42		
B2.4	Abitudine al Fumo			
B2.4.1	Percentuale di fumatori	29,20		
B2.4.2	Percentuale di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare	54,93		
B4	Strategie per il controllo del dolore			
B4.1	Consumo di farmaci per il controllo del dolore			
B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi			1,59
B4.1.3	Consumo territoriale di morfina		2,38	2,26
B4.1.4	Consumo ospedaliero di morfina		0,75	
B5	Estensione ed adesione allo screening ***			
B5.1	Screening Mammografico			
B5.1.1	Estensione corretta dello screening mammografico			96,36
B5.1.2	Adesione corretta dello screening mammografico	69,10	70,50	70,00
B5.2	Screening cervic uterina			
B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervic uterina	99,38	97,92	99,28
B5.2.2	Adesione corretta dello screening cervic uterina	54,40	54,90	51,32
B5.3	Screening coloretale			
B5.3.1	Estensione corretta dello screening coloretale	69,38	69,38	81,38
B5.3.2	Adesione corretta dello screening coloretale	50,90	53,00	48,70
B6	Donazioni			
B6.1	Donazioni di organi			
B6.1.1	% Morti Encefaliche individuate	48,52	53,59	55,10
B6.1.2	% Donatori Effettivi	53,99	56,21	53,74
B6.1.3	Tasso di decessi con lesioni cerebrali per milione di abitanti	147,40	154,00	136,72
B6.2	Donazioni di sangue			
B6.2.1	% non conformità del plasma conferito all'industria		0,51	0,50
B6.2.2	Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per 1.000 residenti	98,00	102,00	103,00
B7	Copertura vaccinale			
B7.1	Copertura per vaccino MPR	92,36	92,56	92,04
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale	69,47	71,11	68,76
B7.3	Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)			25,08
B8	Gestione dati			
B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		67,56	69,01
B8.2	Tempestività e conformità prodotti finiti prevenzione			
B8.2.1	Tempestività prodotti finiti prevenzione		92,00	92,00
B8.2.2	Conformità prodotti finiti prevenzione		92,00	91,67
B8.3	Tempestività di trasmissione dei dati di governo della medicina convenzionata			7,42

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2010 Regione Toscana	valore 2008	valore 2009	valore 2010
B9	Equità ed accesso			
B9.5	Ospedalizzazione dei cronici per titolo di studio			
B9.5.1	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione per scompenso per titolo di studio		1,53	1,24
B9.5.2	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione per diabete per titolo di studio		1,73	1,34
B9.5.3	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione per BPCO per titolo di studio		2,06	1,62
B9.5.4	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione per polmonite per titolo di studio		1,64	1,41
B9.6	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione urgente per titolo di studio	1,41	1,73	1,52
B9.7	Rapporto tra tassi di parto cesareo NTSV per titolo di studio		0,99	0,94
B9.8	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione per IVG per cittadinanza		6,71	7,22
B11	Complessità (AOU)			
B11.1	Peso medio DRG	1,70	1,64	1,65
B11.1.1	Peso medio Drg medici	1,01	1,03	1,04
B11.1.2	Peso medio Drg chirurgici	2,61	2,30	2,29
B11.1.2.1	% Drg Chirurgici di alta complessità	41,14	33,92	34,18
B11.1.2.2	Peso medio Drg Chirurgici di alta complessità	4,61	4,63	4,62
B12	Mobilità (AOU)			
B12.1	Fughe			
B12.1.1	Fughe extra Area Vasta			
B12.1.1.1	% fughe extra Area Vasta	7,60	7,85	8,85
B12.1.1.2	% fughe extra Area Vasta per Drg ad alta complessità	9,73	9,78	11,79
B12.1.2	Fughe extra Regione			
B12.1.2.1	Percentuale fughe extra Regione totali	6,45	5,99	
B12.1.2.2	Percentuale di fughe extraregionali di alta complessità	7,46	6,75	
B12.2	Attrazione			
B12.2.1	Attrazione extra Area Vasta per Drg ad alta complessità	10,49	11,02	10,29
B12.2.2	Attrazione extra Regione			
B12.2.2.1	% attrazione extra Regione	17,63	17,44	17,25
B12.2.2.2	% attrazione extra Regione per Drg ad alta complessità	12,98	14,11	14,19
B13	Continuità assistenziale: percorso materno infantile*			31,44
B15	Capacità attività di ricerca (AOU)			
B16	Comunicazione e partecipazione del cittadino			
B16.1	Sistema carta dei servizi			
B16.1.1	% impegni raggiunti secondo la carta dei servizi	71,99	78,40	81,14
B16.1.2	Comitato di partecipazione	50,00	53,12	51,47
B16.2	Front-office	75,63	79,69	79,78
B16.3	Soddisfazione del cittadino sulla comunicazione*	14,33		23,60
B17	Strategie attività chirurgica			
B17.1	trend volumi attività chirurgica programmata			2,34
B17.1.1	trend volumi attività chirurgica programmata Ricoveri ordinari			4,06
B17.1.2	trend volumi attività chirurgica programmata Day-Hospital			-2,83
B17.4	trend peso attività chirurgica in ricovero ordinario programmato			-0,55
B17.2	% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)		7,82	
B17.3	% fughe extraregionali alta specialità chirurgica (AOU)		2,04	
B20	Percentuale di prime visite specialistiche ambulatoriali prenotate entro 15 giorni			36,00
B20.1	Percentuale di prime visite specialistiche cardiologiche prenotate entro 15 giorni			36,34
B20.2	Percentuale di prime visite specialistiche ginecologiche prenotate entro 15 giorni			34,10
B20.3	Percentuale di prime visite specialistiche neurologiche prenotate entro 15 giorni			38,20
B20.4	Percentuale di prime visite specialistiche ortopediche prenotate entro 15 giorni			32,50
B20.5	Percentuale di prime visite specialistiche otorino prenotate entro 15 giorni			57,50
B20.6	Percentuale di prime visite specialistiche oculistiche prenotate entro 15 giorni			24,50
B20.7	Percentuale di prime visite specialistiche dermatologiche prenotate entro 15 giorni			36,96
B20.8	Percentuale di prime visite specialistiche urologiche prenotate entro 15 giorni			35,50
B20.9	Percentuale di prime visite specialistiche chirurgia generale prenotate entro 15 giorni			61,10
B21	Percentuale di esami diagnostici prenotati entro 30 giorni			61,00
B21.1	Percentuale Tac senza contrasto prenotati entro 30 giorni			62,90
B21.2	Percentuale Tac con contrasto prenotati entro 30 giorni			57,88
B21.3	Percentuale RMN senza contrasto prenotati entro 30 giorni			54,00
B21.4	Percentuale RMN con contrasto prenotati entro 30 giorni			52,00
B21.5	Percentuale ecografia internistica prenotati entro 30 giorni			66,84
B21.6	Percentuale di ecografia ostetrico-ginecologica prenotati entro 30 giorni			78,03
B21.7	Percentuale di ecocolonoppler prenotati entro 30 giorni			49,70
B22	Attività Fisica Adattata (AFA)			
B22.1	N.corsi AFA a bassa disabilità per 1000 residenti sulla popolazione => 65 anni			1,24
B22.2	N.corsi AFA ad alta disabilità per 15000 residenti sulla popolazione => 65 anni			1,35

18 - PARTE I - IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA SANITÀ TOSCANA

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2010 Regione Toscana	valore 2008	valore 2009	valore 2010
VALUTAZIONE SANITARIA (C)				
C1	Capacità di governo della domanda			
C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	151,18	147,43	145,46
C1.1.1.1	Tasso ospedalizzazione std DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti	43,76	41,64	41,05
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti		103,50	103,65
C1.1.1.2	Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti urgenti per 1.000 residenti		49,75	50,41
C1.1.1.3	Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti programmati per 1.000 residenti		51,14	50,43
C1.1.1.3.1	Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti programmati DRG Medici per 1.000 residenti		18,11	16,22
C1.1.2	Tasso ospedalizzazione std DH acuti per 1.000 residenti		40,32	38,18
C1.1.2.1	Tasso ospedalizzazione std DH medico acuti per 1.000 residenti	17,82	16,60	16,81
C1.1.2.2	Tasso ospedalizzazione std DH chirurgico acuti per 1.000 residenti		19,95	17,48
C2a	Indice di performance degenza media		0,00	-0,12
C3	Degenza media pre-operatoria	1,14	0,91	0,79
C3.1	Degenza media pre-operatoria per ricoveri maggiori di 1 giorno		1,32	1,19
C14	Appropriatezza medica			
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti (Patto per la Salute 2010)		255,68	250,49
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010)	43,25	43,58	44,33
C14.2.1	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica - adulti		36,11	34,18
C14.2.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica- pediatrici		76,96	77,89
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi (Patto per la Salute 2010)		19,93	20,20
C14.3.1	% ricoveri ordinari medici brevi - adulti		18,81	19,00
C14.3.2	% ricoveri ordinari medici brevi- pediatrici		29,16	29,34
C14.3.3	% ricoveri ordinari medici brevi programmati		28,38	29,82
C14.4	% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010)		3,33	3,14
C14.4.1	% ricoveri medici oltre soglia globali		3,49	3,29
C4	Appropriatezza chirurgica			
C4.1	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010)			
C4.1.1	% Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	22,69	17,43	16,02
C4.1.1.1	% Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari programmati	12,46	8,67	8,02
C4.1.1.2	% Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari urgenti		37,14	34,80
C4.1.2	% Drg medici da reparti chirurgici: day-hospital	15,95	15,90	15,88
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery	51,39	53,21	55,48
C4.12	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010)		58,90	54,87
C5a	Qualità di processo			
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	44,82	51,65	55,08
C5.12	% fratture femore operate sulle fratture diagnosticate		88,76	90,08
C5.3	% prostatectomie transuretrali	55,92	57,03	61,73
C5.7	% di interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)	65,93	62,47	64,20
C5.8	% ventilazioni meccaniche non invasive		27,78	33,84
C5.10	% resezioni programmate al colon in laparoscopia		29,30	32,03
C5.11	% appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni	67,71	72,46	82,11
C5b	Qualità di esito			
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC	5,83	5,47	4,92
C5.1.1	% ricoveri ripetuti medici entro 30 giorni con stessa MDC	5,32	5,19	4,70
C5.1.2	% ricoveri ripetuti chirurgici entro 30 giorni con stessa MDC	1,18	1,27	1,20
C6	Rischio clinico e sicurezza del paziente			
C6.1	Indice di richieste di risarcimento		8,85	7,31
C6.1.1	Indice di richieste di risarcimento - eventi in strutture ospedaliere			5,12
C6.1.2	Indice di richieste di risarcimento - eventi in strutture territoriali			0,05
C6.1.3	Indice di efficienza amministrativa			69,80
C6.2	Sviluppo del sistema di incident reporting:			
C6.2.1	Indice di diffusione degli audit			2,49
C6.2.2	Indice di diffusione delle rassegne di Mortalità e Morbilità			4,13
C6.4	Sicurezza del paziente			
C6.4.1	Sepsi post-operatoria per chirurgia d'elezione	2,63	2,86	2,95
C6.4.2	Mortalità intraospedaliera nei dimessi con Drg a bassa mortalità	1,02	0,57	0,59
C6.4.3	Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica	2,17	1,96	2,28
C6.5	Livello di diffusione delle buone pratiche			1,68
C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		7,52	10,78
C7	Materno-Infantile			
C7.1	% cesarei depurato (NTSV)	20,59	20,33	20,34
C7.1.1	% cesarei grezzo	28,04	28,08	26,21
C7.2	% parti indotti	16,71	18,24	18,32
C7.3	% episiotomia depurato (NTSV)	37,96	35,01	33,51
C7.5	Tasso di fughe per parto	17,34	17,11	17,02
C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	5,26	5,85	6,86
C7.7	Tasso di ricoveri in età pediatrica per 100 residenti (0-14 anni)		10,52	11,38
C7.8	% screening oculare sui neonati sani			85,75
C7.9	% screening audiologico sui neonati sani			84,79
C7.10	Tasso IVG per 1.000 residenti		7,78	7,34
C7.12	% attaccamento al seno entro le 2 ore			75,37

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2010 Regione Toscana	valore 2008	valore 2009	valore 2010
C8a	Integrazione ospedale-territorio			
C8a.1	% ricoveri con degenza >30 gg per residenza		0,96	0,93
C8a.3	Tasso concepimenti minorenni per 1.000 donne residenti (12-17 anni)	3,56		
C8a.11	Indice di Ritenzione al SERT			
C8a.12	Tasso di dimissioni con attivazione di assistenza domiciliare integrata per 100.000 residenti		18,83	23,19
C11a.4.1	Tasso ospedalizzazione polmonite		97,24	94,82
C8a.19	Pediatria di base			
C8a.19.1	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)	52,98	38,96	44,41
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti	210,29	170,36	183,01
C9	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica territoriale			
C9.10.1	Polypharmacy			
C9.6.1	Statine (Ipilipemizzanti)			
C9.6.1.2	% pazienti aderenti alla terapia con statine		37,99	40,16
C9.6.1.3	Consumo di statine in associazione		70,10	83,62
C9.2	% di abbandoni di pazienti in terapia con statine	21,29	16,28	15,29
C9.6.2	Antiipertensivi			
C9.3	Incidenza dei sartani (Antiipertensivi)			41,87
C9.7	Gastrointestinali			
C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi)			24,29
C9.8	Antimicrobici			
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici		23,43	22,89
C9.8.1.2	Incidenza degli antibiotici iniettabili		27,18	27,56
C9.9	Sistema nervoso			
C9.4	Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)			48,27
C9.9.1.1	% di abbandoni di pazienti in terapia con antidepressivi		29,20	27,92
C9.11	% pazienti aderenti alla terapia con antidepressivi			27,57
C9.5	Consumo di altri antidepressivi (Antidepressivi)			11,63
C20	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ospedaliera			
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti		1,14	1,28
C9.13	Incidenza antibiotici iniettabili nei reparti		61,51	47,25
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche			
C11a.1	Scompenso			
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)		193,95	188,95
C11a.1.2	% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina, sodio e potassio	51,60	53,60	56,00
C11a.1.3	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con terapia con ACEinibitore - sartani	58,90	58,00	58,40
C11a.1.4	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con terapia con beta-bloccante	34,80	36,80	39,60
C11a.1.5	Prevalenza scompenso	21,20	18,40	
C11a.2	Diabete			
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni)		21,11	21,44
C11a.2.2	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	60,30	62,80	66,80
C11a.2.3	% residenti con Diabete con almeno un esame della Retina	29,90	31,00	31,30
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti		36,95	41,29
C11a.2.4.1	Tasso di rivascularizzazione nei pazienti diabetici per 100.000 residenti		844,11	879,89
C11a.2.4.2	Percentuale di rivascularizzazione nei pazienti diabetici		63,15	66,16
C11a.2.5	Prevalenza diabete	54,50	58,60	
C11a.3	BPCO			
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)		59,37	50,90
C11a.5	Ictus			
C11a.5.1	% residenti con Ictus in terapia con terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	60,20	60,00	61,70
C11a.5.2	Prevalenza ictus	13,40	11,90	
C11a.6	Ipertensione			
C11a.6.1	% residenti con Ipertensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico	48,20	49,70	51,70
C11a.6.2	Prevalenza ipertensione	40,50	40,80	
C13	Tasso di prestazioni ambulatoriale e diagnostiche			
C13.1	Tasso di prestazioni ambulatoriali	2876,51	2902,69	2982,02
C13.2	Tasso di prestazioni diagnostica per immagini			
C13.2.1	Tasso di prestazioni TAC std per 1.000 residenti	56,94	55,96	59,61
C13.2.2	Tasso di prestazioni RMN std per 1.000 residenti	59,61	60,32	71,35
C13.2.2.1	Tasso di prestazioni RMN muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)			23,71
C13.2.3	Tasso di prestazioni Ecocolordoppler std per 1.000 residenti	61,98	62,22	63,85
C13.2.4	Tasso grezzo di prestazioni Ecografia	244,50	246,39	249,25
C13.2.5	Tasso grezzo di prestazioni RX Tradizionale	465,60	458,09	454,44

20 - PARTE I - IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA SANITÀ TOSCANA

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2010 Regione Toscana	valore 2008	valore 2009	valore 2010
C15	Salute Mentale			
C8a.13	% ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche	15,62	13,96	13,39
C8a.13.1	% ricoveri ripetuti entro 1 anno di pazienti maggiorenni per patologie psichiatriche corretto	27,16	25,98	25,35
C8a.13.2	% ricoveri ripetuti entro 7 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni	7,73	7,07	7,00
C8a.5	Tasso di ricoveri con patologie psichiatriche per residenti maggiorenni	299,59	299,73	280,94
C8a.5.1	Tasso di ricovero per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni		62,44	57,81
C8a.5.2	Tasso di ricovero per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni		73,86	72,39
C8a.5.3	Tasso di ricovero per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni		28,03	24,36
C8a.5.4	Tasso di ricovero per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni		13,79	13,10
C8a.5.5	Tasso di ricovero per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni		22,36	19,94
C8a.5.6	Tasso di ricovero per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni		31,58	30,04
C8a.6	% di TSO sui ricoveri con patologie psichiatriche, per residenti	2,60	2,81	2,85
C8a.7	Tasso di ricoveri con patologie psichiatriche per residenti minorenni	101,94	111,31	124,03
C8a.14	Utenti minorenni attivi presso il Dipartimento di Salute Mentale	58,65	55,62	
C8a.15	Nuovi utenti minorenni presso il Dipartimento di Salute Mentale	17,87	14,88	
C8a.16	Utenti maggiorenni attivi presso il Dipartimento di Salute Mentale	20,75	19,97	
C8a.17	Nuovi utenti maggiorenni presso il Dipartimento di Salute Mentale	6,88	6,07	
C16	Pronto Soccorso			
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti			69,62
C16.2	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora			76,20
C16.3	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h			82,11
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h			91,19
D9	Percentuale abbandoni al Pronto Soccorso			3,86
VALUTAZIONE ESTERNA (D)				
D15a	Soddisfazione utenti Distretto*	67,63		64,33
D17	Soddisfazione percorso materno infantile*			58,39
D18	% dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero ospedaliero		0,89	0,94
VALUTAZIONE INTERNA (E)				
E1	Percentuale di risposta all'indagine di clima	43,64		41,97
E2	Percentuale di assenza	5,94	5,69	6,35
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	4,93	4,89	4,61
E9	Attività di formazione	2,94		2,97
E10	Management per i dipendenti	3,01		3,16
E12	<i>Il Management per i responsabili</i>	3,22		3,17
E11	Comunicazione e informazione per i dipendenti	2,60		2,78
E13	<i>Comunicazione ed informazione per i responsabili</i>	3,46		3,41
VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA (F)				
F1	Equilibrio Economico-Reddittuale			
F1.1	Equilibrio Economico Generale	-1,18	-0,68	
F1.2	Equilibrio Economico Gestione Sanitaria	0,73	1,01	
F1.3	ROI	0,73	1,00	
F3	Equilibrio Patrimoniale - Finanziario			
F3.1	Indice di disponibilità	0,74	0,69	
F3.2	Politiche di investimento			
F3.2.1	<i>Incidenza dei canoni leasing</i>	6,70	5,96	
F3.2.2	<i>Percentuale di obsolescenza tecnica</i>	70,38	59,03	
F3.2.3	<i>Percentuale nuovi investimenti</i>	10,28	11,47	
F3.3	<i>Indice di elasticità finanziaria</i>	-0,12	-0,17	
F3.4	Costi di finanziamento			
F3.4.1	<i>Indice di onerosità</i>	-4,73	-3,01	
F3.4.2	<i>Dilazione dei debiti</i>	167,56	206,90	
F7	Servizi Interni	2,83		3,13
F8	Conoscenza del budget da parte dei responsabili**	3,22		3,42
F9	Conoscenza del budget da parte dei dipendenti**	66,61		64,50
F10a	Governo della spesa farmaceutica			
F10	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	219,15	214,09	214,12
F10.2	<i>Spesa farmaceutica ospedaliera</i>		42,08	54,83
F11	Indice di compensazione		0,90	

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2010 Regione Toscana	valore 2008	valore 2009	valore 2010
F12a	Efficienza prescrittiva farmaceutica territoriale			
F12a.14	%molecole a brevetto scaduto		56,09	59,68
F12a.15.1	Statine (Ipolipemizzanti)			
F12a.2	% di statine a brevetto scaduto	47,08	48,08	50,92
F12a.15.2	Antipertensivi			
F12a.3	% di ACE inibitori non associati a brevetto scaduto (Antipertensivi)	81,76	94,72	94,72
F12a.6	% di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto (Antipertensivi)	58,10	65,87	80,59
F12a.7	% di ACE inibitori associati a brevetto scaduto (Antipertensivi)	54,09	85,22	84,33
F12a.11	% Losartan sui sartani non associati		17,03	18,40
F12a.12	% Losartan sui sartani associati		16,93	16,92
F12a.16	Gastrointestinali			
F12a.1	% di inibitori di pompa protonica a brevetto scaduto (Antiacidi)	79,76	82,30	84,06
F12a.17	Antimicrobici			
F12a.9	% di fluorochinoloni a brevetto scaduto (Antibiotici)	32,13	33,48	34,64
F12a.13	Antibiotici: costo medio per confezione		8,92	8,28
F12a.18	Sistema nervoso			
F12a.5	% di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina a brevetto scaduto (Antidepressivi)	87,00	85,58	84,32
F12a.10	% di altri antidepressivi a brevetto scaduto (Antidepressivi)		84,99	79,95
F20	Efficienza prescrittiva farmaceutica ospedaliera			
F20.1	<i>Farmaci biologici oncologici: incidenza della spesa</i>		45,14	45,45
F20.2	<i>Farmaci biologici immunosoppressori: incidenza della spesa</i>		41,00	43,02
F20.3	% Eritropoietina a brevetto scaduto		0,11	1,76
F20.4	% Somatotropina a brevetto scaduto		3,23	3,94
F20.5	% Filgrastim a brevetto scaduto		0,86	20,24
F15	Efficienza ed Efficacia dei servizi di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro (PISLL)			
F15.1	Copertura del territorio			
F15.1.4	<i>Copertura del territorio riferita all'attività di formazione per 1.000 occupati</i>	6,14	4,62	4,75
F15.1.6	<i>Copertura del territorio riferita ai cantieri edili diversi ispezionati</i>	119,90	114,78	111,17
F15.1.7	<i>Copertura del territorio riferita ai prodotti finiti 25-26-72</i>			1,08
F15.1.8	<i>Copertura del territorio riferita al numero aziende agricole controllate</i>			150,14
F15.2	Efficienza			
F15.2.2	<i>Efficienza riferita alle ore di formazione per utenti esterni</i>	19,30	13,75	14,81
F15.2.4	<i>Efficienza riferita ai Prodotti finiti 25-26-27-72</i>			44,03
F15.2.5	<i>Efficienza riferita al numero di prescrizioni</i>			11,19
F15.3	Risultato			
F15.3.1	<i>Risultato riferito al Tasso di infortuni standardizzato</i>			32,17
F15.3.3	<i>Risultato riferito al numero di prescrizioni</i>			29,88
F15.4	Flussi			
F15.4.1	<i>Puntualità rispetto ai flussi</i>		8,33	2,78
F15.4.2	<i>Qualità dei dati rispetto ai flussi</i>			
F16	Efficienza ed efficacia nella Sicurezza Alimentare e Nutrizione (SPV-IAN)			
F16.1	Flussi informativi			
F16.1.1	<i>Flussi in ritardo</i>	4,44	0,37	4,82
F16.1.2	<i>Flussi con mosulistica non conforme</i>	0,11		2,01
F16.1.3	<i>Qualità dei dati</i>	0,05	1,82	3,70
F16.2	Nutrizione			95,54
F16.2.1	<i>% Piani nutrizionali completati su previsti</i>			94,24
F16.2.2	<i>% Liste di riscontro compilate sui piani nazionali validati</i>			96,84
F16.3	Sicurezza Alimentare e Piani Residui			
F16.3.1	<i>Campioni eseguiti per i piani PNAA e PNR</i>	103,01	101,53	103,47
F16.3.2	<i>Rispetto della programmazione per i piani PNAA e PNR</i>		91,50	96,09
F16.4	Categorizzazione (Copertura del Territorio)			
F16.4.1	<i>Numero di Imprese Alimentari Fascia 1</i>			100,00
F16.4.2	<i>Numero di Imprese Alimentari Fascia 2</i>			24,30
F16.5	Efficienza produttiva			
F16.5.1	<i>Efficienza produttiva prodotto finito 49</i>		39,16	38,81
F16.5.2	<i>Efficienza produttiva prodotto finito 4</i>		5,67	7,07
F16.5.3	<i>Efficienza produttiva prodotto finito 43</i>		19,38	21,60
F16.6	Efficacia organizzativa			
F16.6.1	<i>Non conformità certificazione ISO 9001 : 2000</i>			100,00
F16.6.2	<i>Effettuazione verifiche interne SGQ</i>			95,83
F16.7	Check-list BND di Teramo			
F16.7.1	<i>Check-list bovini</i>			8,05
F16.7.2	<i>Check-list ovicapri</i>			3,80
F16.7.3	<i>Check-list suini</i>			1,56
F16.8	Farmacovigilanza			
F16.8.1	<i>Ingrossi</i>			96,15
F16.8.2	<i>Farmacie</i>		31,00	32,79
F17	Costo sanitario pro-capite			
F19	Costo per tariffa DRG			
F19.1	<i>Costo per valore del punto DRG (assistenza ospedaliera)</i>		1,53	1,56
F19.2	<i>Costo per tariffa relativo all'assistenza ambulatoriale</i>		1,52	1,56
			1,56	1,54

in corsivo li indicatori non di valutazione

* Risposte “Ottima” e “Buona”, oppure “Moltissimo” e “Molto”.

** Espresso come valutazione in scala tra 0 e 5 in cui 0 corrisponde ad una performance molto scarsa e 5 ad una performance ottima.

*** I dati del 2010 sono provvisori.

3. La rappresentazione dei risultati: il bersaglio

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 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, mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce via via più lontane dal centro.

Di seguito si presenta il bersaglio del sistema sanitario toscano, costruito secondo diverse prospettive. La prima, relativa all'anno 2009, presenta la performance del sistema sanitario toscano a confronto con le altre regioni del Network. La performance della Regione Toscana appare assai positiva, con la maggior parte degli indicatori posizionati verso il centro del bersaglio (figura 5).

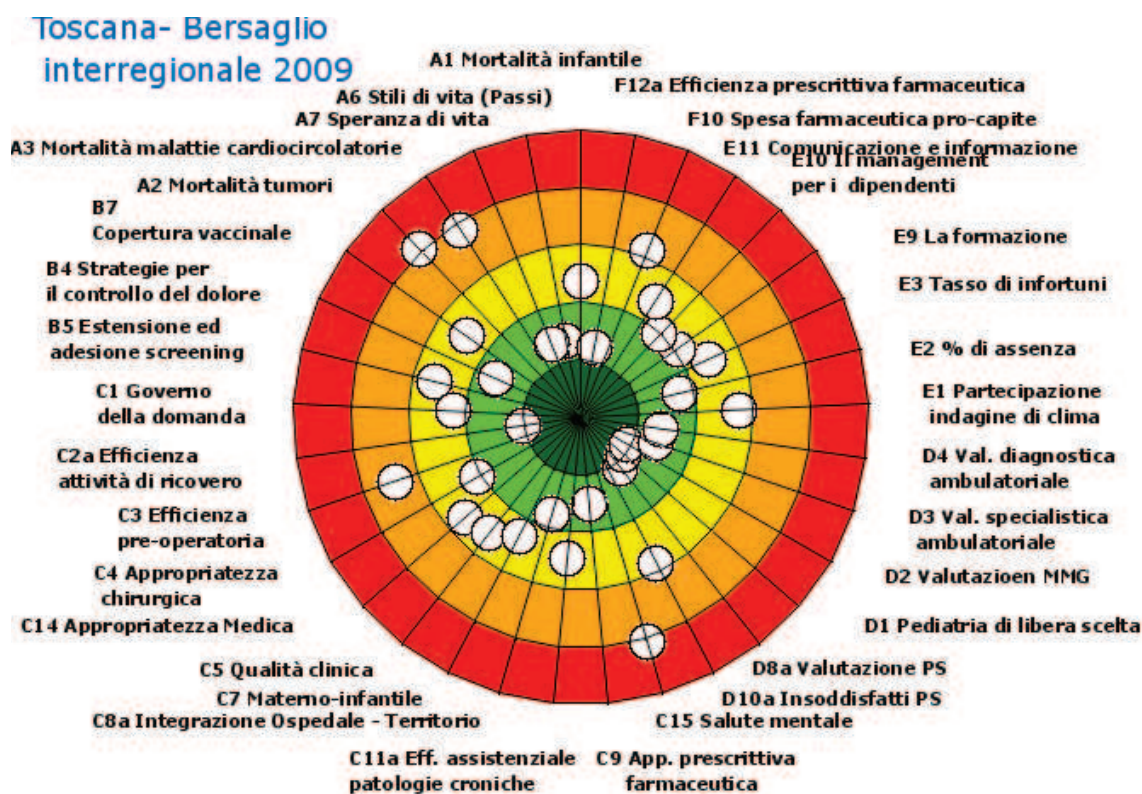


Fig. n. 5 Il bersaglio del Sistema Sanitario Toscano anno 2009, confronto con il network delle regioni.

Se consideriamo invece la performance del sistema sanitario toscano sulla base degli indicatori elaborati nell'ambito delle nostre aziende sanitarie e rappresentiamo la performance regionale con lo strumento del bersaglio, per l'anno 2010 la performance ottenuta è la seguente:

**Toscana
2010**

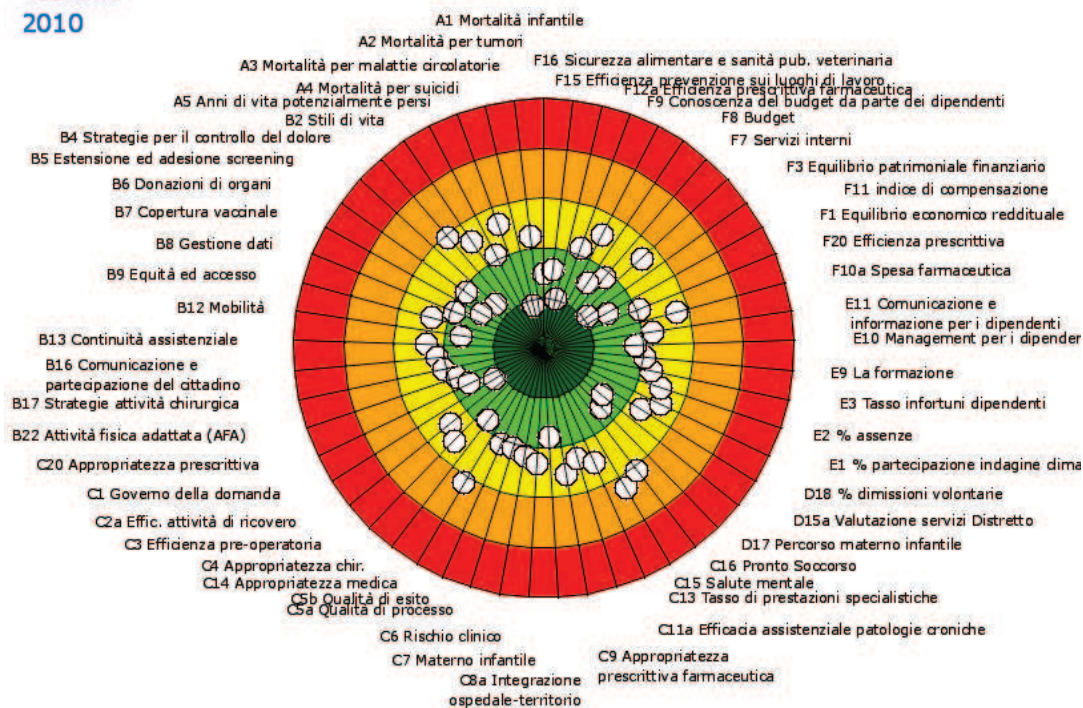


Fig. 6 Il bersaglio del Sistema Sanitario Toscano anno 2010

In questo caso il posizionamento dei risultati è concentrato nelle fasce intermedie in quanto la performance è la media dei risultati conseguiti dalle aziende del sistema (figura 6).

Il sistema di valutazione per l'anno 2010 è accessibile al sito internet <http://performance.sssup.it/toscana>; il presente report è interamente scaricabile in formato pdf dal sito del Laboratorio MeS www.meslab.sssup.it.

LA VALUTAZIONE 2010 DELLA PERFORMANCE DELLE AZIENDE SANITARIE TOSCANE

a cura di Sabina Nuti

Nei paragrafi successivi si illustra sinteticamente la performance conseguita in ogni realtà aziendale del sistema nel 2010.

I risultati di ciascuna azienda sono stati analizzati e discussi in corso d'anno durante gli incontri periodici tra l'Assessorato Regionale e le Direzioni Aziendali relativi alla programmazione e al controllo della gestione aziendale. I ricercatori del Laboratorio MeS inoltre hanno collaborato direttamente con i professionisti sanitari e con il management per approfondire gli ambiti di criticità e soprattutto per valorizzare le best practices. Infatti nell'ambito dei percorsi formativi organizzati dalla Scuola Superiore Sant'Anna, nonché in convegni, workshop e pubblicazioni è stato dato ampio spazio ad illustrare e promuovere meccanismi organizzativi, scelte operative e progetti attuativi che hanno consentito alle aziende di conseguire ottime performance in diversi ambiti o significativi risultati in termini di miglioramento. Si sottolinea in proposito che il Sistema di Valutazione è consultabile sul sito <http://performance.sssup.it/toscana> ed è attivo uno spazio in cui i professionisti, i cittadini e gli operatori sanitari hanno la possibilità di inviare commenti, suggerimenti e proposte per migliorare lo strumento.

È da ricordare che la valutazione è relativa al 2010, ad eccezione di quegli indicatori i cui dati, al momento della predisposizione del seguente report, non erano ancora disponibili. In particolare gli indicatori relativi alla salute della popolazione (A1, A2, A3, A4 e A5) fanno riferimento al triennio 2006-2008, gli indicatori relativi all'indagine PASSI (B2) si riferiscono al 2008, gli indicatori sulle fughe extraregionali (B12.1.2.1, B12.1.2.2, B17.2 e B17.3) e gli indicatori economici (F1, F3, F11, F17, F19), invece sono relativi all'anno 2009. I dati degli screening dell'anno 2010 pubblicati in questo report sono provvisori e non ancora definitivi.

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

La performance della Ausl 1 Massa Carrara

La Ausl 1 di Massa Carrara registra una performance nel complesso discreta, sebbene permangano alcune criticità. Presenta 2 indicatori in fascia verde scuro, 14 indicatori in fascia verde, 15 in fascia gialla, 6 in fascia arancione e 4 in fascia rossa. Gli indicatori relativi allo stato di salute della popolazione non sono inclusi in quanto non si riferiscono all'anno 2010 e sono determinati solo in parte dai servizi erogati dall'azienda sanitaria.

L'azienda, pur registrando un miglioramento rispetto all'anno precedente, presenta rilevanti criticità nella capacità di governo della domanda, ossia di corretto orientamento dell'utenza verso il setting assistenziale più adeguato rispetto ai bisogni assistenziali dei pazienti. Il tasso di ospedalizzazione rimane il più elevato di tutta la regione con una differenza significativa rispetto a tutte le altre Ausl. A determinare questa situazione è la carente capacità di filtro del Pronto Soccorso, più incline ad ospedalizzare gli utenti rispetto ad altre realtà toscane. Ne sono la dimostrazione i risultati critici riportati sull'indicatore di appropriatezza medica (C14), dove il tasso di ospedalizzazione per i DRG LEA medici (C4.8) e la percentuale di DH medici con finalità diagnostica (C14.2) sono ancora molto elevati. Risulta problematico anche il dato relativo alla salute mentale (C15), in quanto la percentuale di ricoveri ripetuti per pazienti psichiatrici maggiorenni si attesta su valori molto elevati.

Sull'appropriatezza chirurgica (C4) la percentuale di DRG LEA chirurgici erogati in Day-Surgery (C4.12) è abbastanza elevata, ma in forte diminuzione rispetto al 2009, mentre rimane critica la percentuale di colecistomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 giorno (C4.4).

In ambito di assistenza ospedaliera si registrano risultati eccellenti nella qualità di processo (C5a), specialmente per la percentuale di fratture di femore operate entro 2 giorni e per la percentuale di prostatectomie transuretrali (C5.3). Buoni anche i risultati relativi alla qualità di esito (C5b) e al rischio clinico (C6), in particolar modo per lo sviluppo del sistema di incident reporting (C6.2) e per la capacità di controllo delle cadute (C6.6).

In merito al percorso materno-infantile (C7) peggiora notevolmente il dato sui cesarei (C7.1), che passano dal 17% al 23%, mentre è in diminuzione la percentuale di episiotomie (C7.3).

Riguardo alla capacità di perseguimento delle strategie regionali, l'Azienda registra la migliore performance a livello regionale per l'estensione allo screening mammografico (B5.1.1) e della cervice uterina (B5.2.1). Si segnala inoltre un netto miglioramento nell'estensione dello screening colon-rettale, che dal 20% del biennio 2008-2009 passa al 77% nel biennio 2009-2010. Circa gli indicatori di copertura vaccinale molto buona è quella relativa al MPR (B7.1) mentre appare scarsa quella relativa al vaccino antinfluenzale (B7.2).

Rispetto alla valutazione espressa dai cittadini si evidenzia la best practice regionale sulla qualità dei Servizi Distrettuali (D15a). Critica invece la situazione relativa alla valutazione interna, certamente dovuta alla situazione complessa in cui l'azienda si è trovata nel corso del 2010, che non ha permesso lo svolgimento dell'indagine di clima organizzativo. Il dato relativo alla percentuale di assenza (E2) che risulta tra le più elevate a livello regionale ed il tasso di infortuni (E3), ulteriormente peggiorato rispetto al 2009, possono essere considerate proxy significative della situazione motivazionale difficile del personale dipendente dell'azienda.

Ancora critico rimane anche l'indice di compensazione (F11) (dato 2009), dove i costi per le fughe extra-regionali continuano a superare i ricavi per le attrazioni.

Nel caso della farmaceutica la percentuale di pazienti aderenti alla terapia con statine (C9.6.1.2) risulta essere la best practice regionale mentre è ancora troppo alto il consumo dei sartani (C9.3) e delle statine in associazione (C9.6.1.3). Sul lato dell'efficienza prescrittiva territoriale (F12a) si registrano risultati nel complesso buoni, nonostante una ridotta incidenza di utilizzo del Losartan (F12a.11 e F12a.12). Complessivamente la spesa per la farmaceutica territoriale (F10a) si posiziona su livelli medi.

I dati economici del 2010 non sono ancora definitivi ma certamente nel 2010 l'azienda dovrà far fronte alla copertura di una situazione di perdita consistente.

T - Ausl 1 Massa 2010

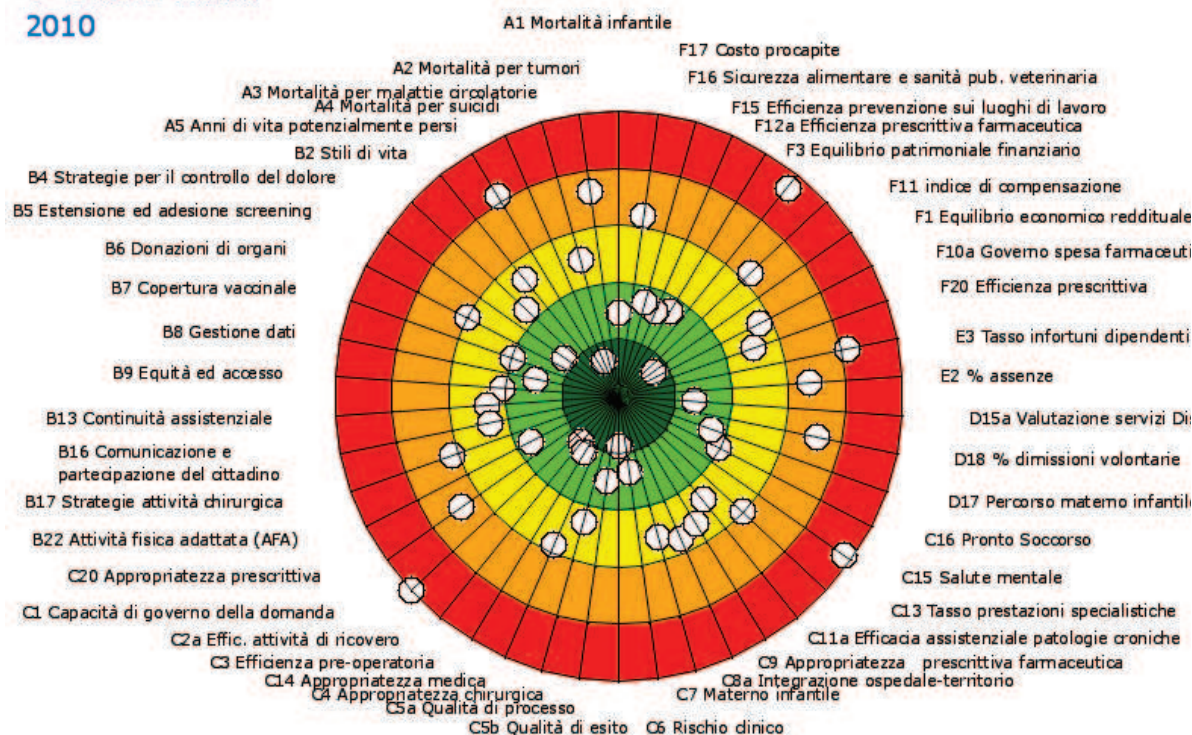


Fig.1. Sistema di valutazione 2010 della AUSL 1 MC

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
B2.3.2	Percentuale di bevitori binge e fuori pasto consigliati dal medico di bere meno (2008)
B5.1.1	Estensione screening mammografico (2009-2010)
B5.2.1	Estensione screening cervice uterina (2008-2010)
B8.3	Tempestività di trasmissione dei dati di governo della medicina convenzionata
B9.5.3	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione per BPCO per titolo di studio
C9.6.1.2	% pazienti aderenti alla terapia con statine
F1.2	Equilibrio economico sanitario (2009)
F12a.2	% Statine a brevetto scaduto
F12a.7	% ACE inibitori associati a brevetto scaduto (Antiipertensivi)
F15.4.1	Puntualità
F15.4.2	Qualità dei dati rispetto ai flussi
F16.1.2	Flussi informativi con modulistica non conforme
F16.4.1	Categorizzazione prima fascia
F16.6.1	Non conformità certificazione ISO 9001: 2000

Fig.2. Best Practices della AUSL 1 MC

La performance della Ausl 2 Lucca

La performance della Ausl 2 di Lucca appare molto buona, con 8 indicatori in fascia verde scuro, 18 indicatori in fascia verde, 18 in fascia gialla, 3 in fascia arancione e 1 in fascia rossa. Gli indicatori relativi allo stato di salute della popolazione non sono inclusi in quanto non si riferiscono all'anno 2010 e sono determinati solo in parte dai servizi erogati dall'azienda sanitaria.

Nell'ambito della capacità di perseguimento delle strategie regionali (B), si registrano best practice a livello regionale sia nelle donazioni di organi sia nelle donazioni di sangue. Ottimo risultato si osserva anche nella tempestività di invio dei dati alla regione (B8.1). Seppur buona la copertura degli screening oncologici (B5), l'Azienda ha margini di miglioramento, soprattutto nell'adesione allo screening colonrettale (B5.3.2).

La valutazione della dimensione sanitaria presenta una situazione molto buona, senza indicatori in fascia rossa o arancione: performance particolarmente positive si registrano in merito al tasso di ospedalizzazione (C1), alla degenza media pre-operatoria (C3) e all'integrazione ospedale-territorio (C8a), dove la percentuale di ricoveri maggiori di 30 giorni risulta essere la migliore performance regionale. Stessa cosa in merito alla gestione delle patologie croniche (C11), con particolare riferimento al basso tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco e per BPCO, quest'ultimo più che dimezzato rispetto all'anno precedente. Nell'utilizzo delle prestazioni diagnostiche (C13) si registra un notevole aumento sulle risonanze magnetiche, notevolmente incrementate rispetto al 2009.

L'azienda consegue una buona performance nell'ambito dell'appropriatezza sia nella parte medica (C14) che in quella chirurgica (C4), in particolar modo si segnala la percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno (C4.4) che, con un valore pari a 92,54%, è il migliore risultato regionale.

Buoni risultati si ottengono sul rischio clinico (C6), in particolare nel basso indice di risarcimento, nella buona capacità di gestione delle cadute e nell'utilizzo degli audit, mentre sono ancora poco diffuse le rassegne di mortalità e morbidità e le buone pratiche.

Nel percorso materno-infantile (C7) l'azienda si colloca su posizioni intermedie, ma si notano notevoli miglioramenti sia nella percentuale di episiotomie, che in pochi anni da critico diventa il migliore risultato regionale, sia nelle fughe per parto, che seppur ancora negative, si riducono.

Nella dimensione esterna, l'Azienda presenta valori positivi di soddisfazione sia degli utenti del distretto, sia del percorso materno-infantile.

Gli indicatori di valutazione di clima interno evidenziano una situazione nella media, con un tasso di risposta (E1) pari al 45,66%. Piuttosto elevata invece la percentuale di assenza (E2).

Rispetto alla farmaceutica si registra l'unico punto rosso del bersaglio, relativo alla spesa farmaceutica territoriale (F10) mentre l'efficienza prescrittiva (F12) risulta buona. Molto elevato il consumo di antidepressivi.

T - Ausl 2 Lucca 2010

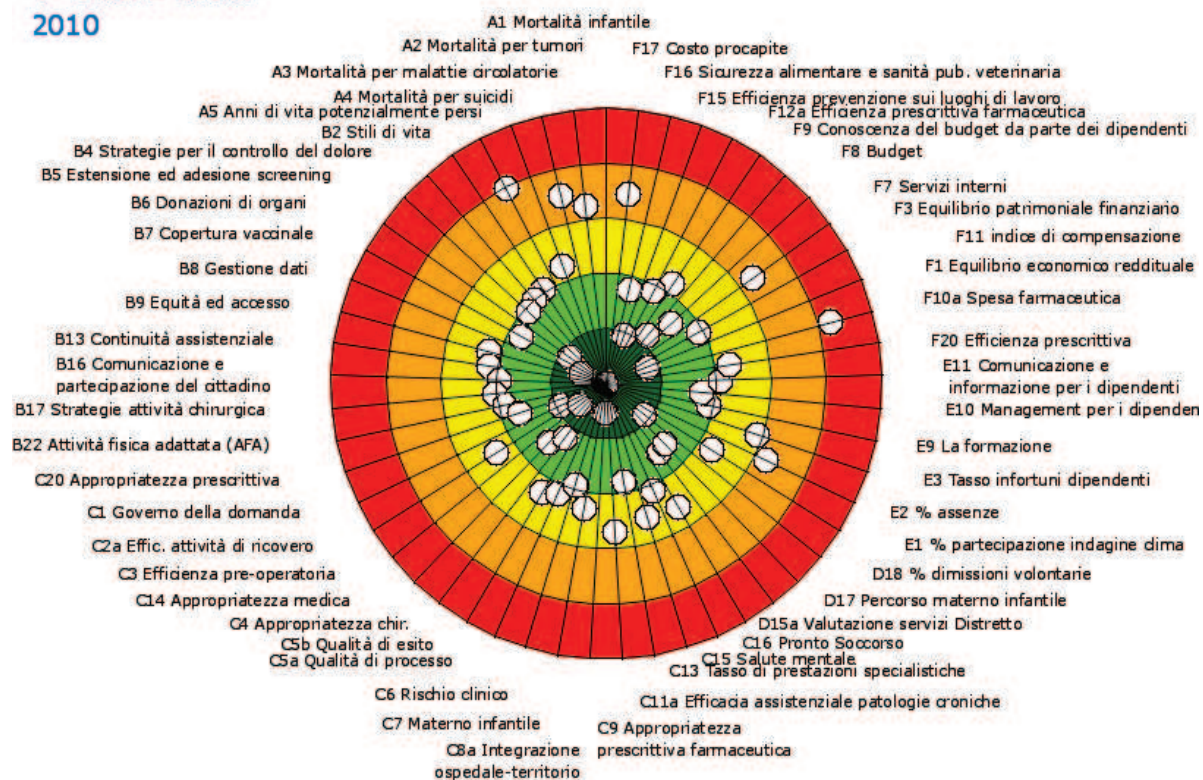


Fig.3. Sistema di valutazione 2010 della AUSL 2 LU

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
A1.1	Mortalità nel primo anno di vita (2006-2008)
B2.4.1	Percentuale di fumatori (2008)
B6.1.2	Percentuale donatori effettivi
B6.2.2	Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per mille residenti
B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo
B9.5.2	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione per diabete per titolo di studio
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.1.4	Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con terapia betabloccante
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.4.1	Tasso ospedalizzazione Polmonite per 100.000 residenti (20-74 anni)
C11a.6.1	Residenti con Ipertensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno
C7.3	% di episiotomia depurato (NTSV)
C8a.1	% ricoveri >30 giorni
F12a.11	% Losartan sui sartani non associati
F16.1.1	Flussi informativi in ritardo rispetto la scadenza prevista
F16.7.2	Check list - Caprini/Ovini
F16.7.3	Check list - Suini

Fig.4. Best Practices della AUSL 2 LU

La performance della Ausl 3 Pistoia

La Ausl 3 di Pistoia presenta una performance buona, con 4 indicatori in fascia verde scuro, 22 indicatori in fascia verde, 16 in fascia gialla, 4 in fascia arancione e 2 in fascia rossa. Gli indicatori relativi allo stato di salute della popolazione non sono inclusi in quanto non si riferiscono all'anno 2010 e sono determinati solo in parte dai servizi erogati dall'azienda sanitaria. Prosegue così il trend positivo nella percentuale di miglioramento degli indicatori monitorati con un incremento del 64% rispetto all'anno 2009, risultando una delle AUSL ad aver conseguito i progressi più significativi in ambito regionale.

Con riferimento al conseguimento delle strategie regionali, si evidenziano le migliori performance regionali relativamente al controllo del dolore (B4) e alla copertura per vaccino MPR (B7.1). Buoni risultati anche sugli screening oncologici (B5), fatta eccezione per lo screening del colon-retto, che risulta sempre molto critico, mentre per lo screening mammografico e della cervice uterina la AUSL 3 raggiunge ottimi risultati. Da porre attenzione alle strategie sull'attività chirurgica (B17), dove i volumi chirurgici dei ricoveri ordinari diminuiscono dell'8% rispetto al 2009.

Riguardo alla valutazione sanitaria, ottimo il governo della domanda (C1), l'efficienza in termini di degenza media (C2a) e la qualità di processo (C5a), dove l'azienda è la migliore tra le aziende territoriali. Buoni il rischio clinico (C6) e l'appropriatezza sia medica (C14) che chirurgica (C4), sebbene la percentuale di ricoveri medici dimessi da reparti chirurgici mostri ancora margini di miglioramento. Critica anche la percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso (C16), con una elevata percentuale di pazienti che si allontanano spontaneamente prima e dopo la visita medica.

Sul versante territoriale la valutazione è buona riguardo all'integrazione ospedale-territorio (C8a) e alla salute mentale (C15), mentre sulla gestione delle patologie croniche (C11a) si evidenzia un quadro differenziato: in particolare il numero di ricoveri per diabete è più elevato della media regionale, mentre le amputazioni maggiori per diabete rappresentano la seconda migliore performance della regione. In merito agli esami diagnostici (C13), ai residenti vengono effettuate il più alto numero di TAC della regione ma il più basso numero di risonanze magnetiche.

Nell'ambito della valutazione esterna, l'azienda ottiene il miglior risultato sul percorso materno-infantile (D17), in particolar modo per la fiducia nei medici, negli infermieri e nelle ostetriche.

La valutazione interna si caratterizza soprattutto per un contenuto numero di infortuni (E3), calati più della metà rispetto all'anno precedente, diventando così una delle best practice regionali.

Riguardo alla parte farmaceutica, risulta particolarmente positiva la spesa farmaceutica pro-capite (F10) e l'efficienza territoriale (F12a). Per quanto riguarda l'appropriatezza farmaceutica territoriale (C9) si segnala la best practice rispetto ai pazienti che abbandonano la terapia con statine mentre il consumo di antidepressivi risulta molto elevato.

T - Ausl 3 Pistoia 2010

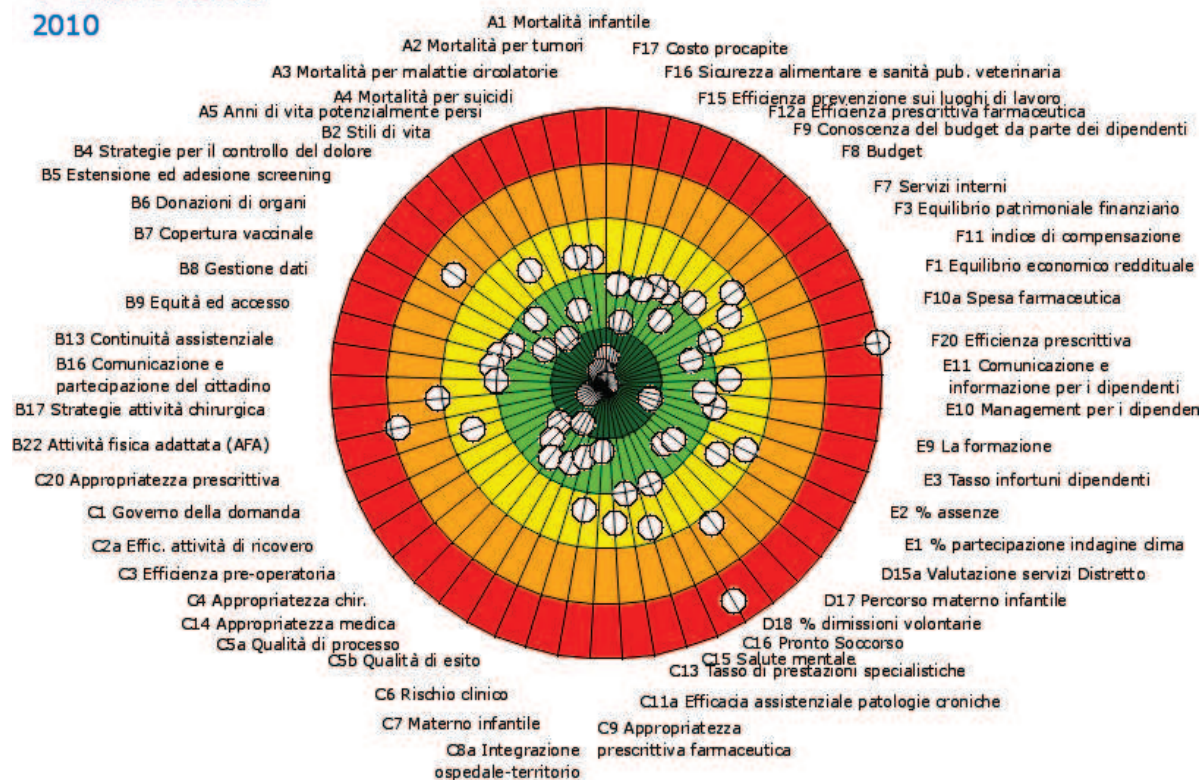


Fig.5. Sistema di valutazione 2010 della AUSL 3 PT

	Indicatori con la migliore performance a livello regionale
A5	Tasso di anni di vita potenzialmente persi (PYLL) (2006-2008)
B5.1.2	Adesione screening mammografico
B7.1	Copertura vaccino MPR
C11a.1.2	Residenti con Scenpenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina, sodio e potassio
C13.2.1	Tasso di prestazioni TAC std per 1000 residenti
C9.2	% di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)
F16.5.2	Efficienza produttiva - Prodotto Finito 4

Fig.6. Best Practices della AUSL 3 PT

La performance della Ausl 4 Prato

La Ausl 4 di Prato presenta una performance buona, con 6 indicatori in fascia verde scuro, 21 indicatori in fascia verde, 14 in fascia gialla, 4 in fascia arancione e 3 in fascia rossa. Gli indicatori relativi allo stato di salute della popolazione non sono inclusi in quanto non si riferiscono all'anno 2010 e sono determinati solo in parte dai servizi erogati dall'azienda sanitaria.

Nella capacità di perseguimento delle strategie regionali, buona parte degli indicatori sono in fascia verde, in modo particolare conseguono un'ottima performance l'adesione allo screening della cervice uterina (B5.2.2) e la copertura del vaccino antinfluenzale (B7.2), che registrano entrambi la best performance regionale. Buona anche la tempestività di invio dei dati al settore informativo regionale (B8). Una criticità si riscontra nella strategia per il controllo del dolore (B4), nel più basso consumo territoriale di morfina.

Riguardo alla valutazione sanitaria, l'Azienda riporta il miglior risultato con la più bassa degenza media pre-operatoria (C3) a livello regionale. Ottimi risultati anche sulla qualità clinica, dove risultano molto contenuti i ricoveri ripetuti entro 30 giorni (C5.1) e le prostatectomie effettuate con tecnica transuretrale (C5.3). Presenta ancora margini di miglioramento invece la percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni, che però aumenta notevolmente, passando dal 30% al 45% nell'ultimo anno. Punti di debolezza si riscontrano nella degenza media (C2a) e nella percentuale di abbandoni dal pronto soccorso (C16), in cui l'Azienda si posiziona come peggiore performance a livello regionale, dimostrando comunque un'inversione di tendenza nell'ultimo trimestre. Valori particolarmente positivi riguardano la salute mentale (C15) e il percorso materno-infantile (C7), dove i parti cesarei continuano a essere i più bassi della regione.

Anche le donne danno una valutazione complessivamente positiva sul percorso nascita (D17), con particolare riferimento al corso pre-parto.

La valutazione interna si caratterizza per una partecipazione al clima interno (E1) ben più ampia rispetto alla precedente indagine, salendo dal 38% al 50%. La percentuale di assenza (E2) è in linea con la media regionale, mentre il tasso di infortuni dei dipendenti (E3) si colloca in fascia verde.

Riguardo alla spesa farmaceutica territoriale (F10a) si conferma una delle più basse della Toscana, mentre l'efficienza e l'appropriatezza prescrittiva (C9 e F12) presentano margini di miglioramento, soprattutto riguardo alla compliance del paziente e all'utilizzo dei farmaci non coperti da brevetto.

T - Ausl 4 Prato 2010

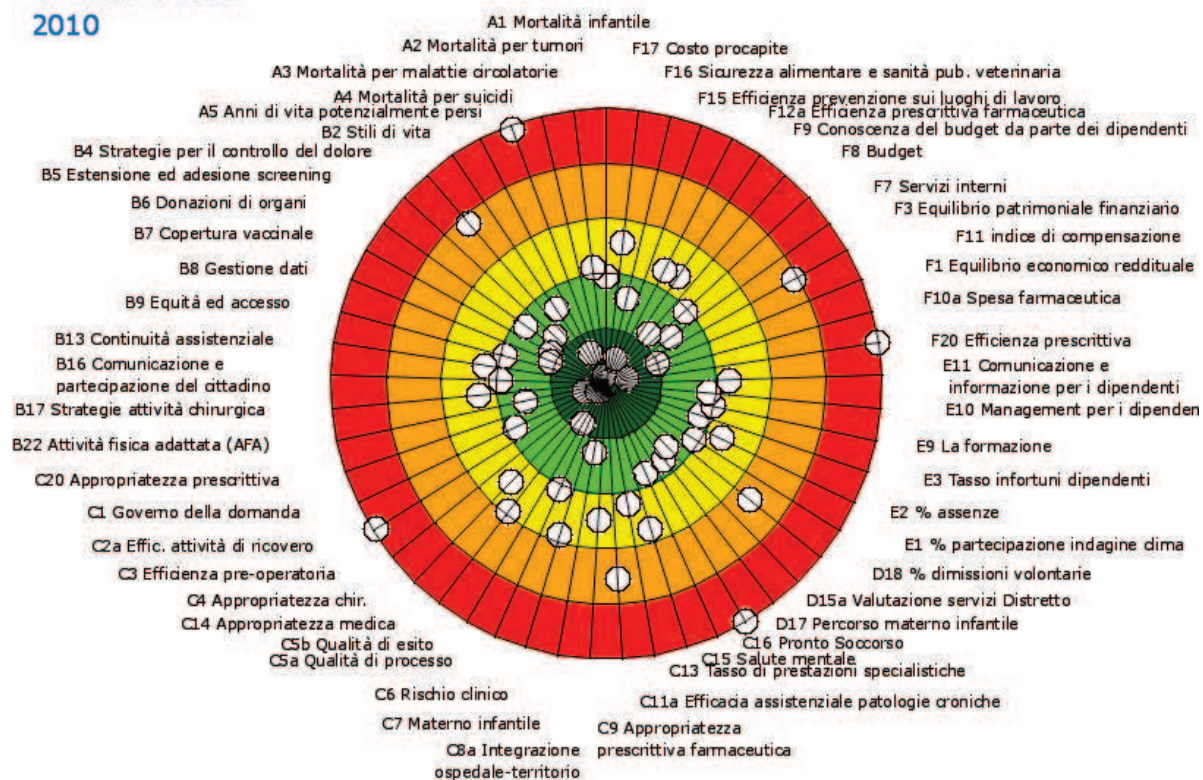


Fig.7. Sistema di valutazione 2010 della AUSL 4 PO

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
B2.4.2	Percentuale di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare (2008)
B5.2.2	Adesione screening cervicite uterina
B7.2	Copertura vaccino antinfluenzale ≥ 65 anni
C11a.5.1	Residenti con Ictus in terapia con terapia antitrombotica - ddd $> 50\%$ giorni di oss.
C3	Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati
C5.3	Percentuale prostatectomia transuretrale
C7.1	% di parti cesarei depurato (NTSV)
F12a.13	Antibiotici: costo medio per confezione
F12a.13	Antibiotici: costo medio per confezione
F16.7.1	Check list - Bovini
F3.1	Indice di disponibilità (2009)

Fig.8. Best Practices della AUSL 4 PO

La performance della Ausl 5 Pisa

La Ausl 5 di Pisa nel 2010 ha realizzato una performance ottima e ha dimostrato capacità di ulteriore miglioramento in molti degli indicatori monitorati: presenta 11 indicatori in fascia verde scuro, 22 indicatori in fascia verde, 11 in fascia gialla, 3 indicatori in fascia arancione e 1 in fascia rossa. Gli indicatori relativi allo stato di salute della popolazione non sono inclusi in quanto non si riferiscono all'anno 2010 e sono determinati solo in parte dai servizi erogati dall'azienda sanitaria.

In termini gestionali la performance è conseguita grazie al notevole coinvolgimento di tutte le componenti aziendali: lo dimostrano l'alta partecipazione dei dipendenti all'indagine di clima (E1), le valutazioni sul management (E10) e sulla comunicazione e informazione nell'azienda (E11), nonché la conoscenza e la partecipazione ai processi di programmazione e controllo aziendali (F9).

In merito al conseguimento delle strategie regionali, si riscontrano le migliori performance regionali in relazione alla gestione dei dati (B8), alle strategie dell'attività chirurgica (B17) e alle donazioni (B6). Si conferma buono l'indicatore che monitora l'estensione e l'adesione agli screening oncologici (B5), con ottimi valori riguardante l'estensione degli screening colon-rettile (B5.3.1) e mammografico (B5.1.1). Emergono invece criticità relativamente al basso consumo territoriale di farmaci oppioidi e di morfina (B4) e alla copertura del vaccino antinfluenzale per gli anziani (B7.2).

Riguardo alla valutazione sanitaria l'Azienda dimostra un utilizzo appropriato dei setting assistenziali, come si evince dagli indicatori di appropriatezza (C4, C14), anche se rimane migliorabile l'indicatore sui DRG LEA chirurgici da effettuarsi in Day-Surgery (C4.12). Ottima anche l'efficienza e la qualità clinica: si registrano infatti best practice sulla degenza media (C2a) e sulla percentuale di appendicectomie urgenti in laparoscopia (C5.11). Sul fronte del rischio clinico (C6), l'Azienda dimostra un'ottima diffusione del sistema di incident reporting (C6.2), mentre è scarso il numero di buone pratiche attestate (C6.5).

Il percorso materno-infantile presenta una bassa percentuale di cesarei (C7.1), il miglior risultato sui parti indotti (C7.2) e continua a ridursi il ricorso all'episiotomia (C7.3). Critico, invece, l'indicatore sugli abbandoni dal pronto soccorso (C16).

L'Azienda presenta buone capacità di integrazione ospedale-territorio (C8a), in particolare evidenziando la best practice sul tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite (C8a.19.2); mostra margini di miglioramento, però, la gestione dei pazienti diabetici, per i quali si osservano ancora troppi ricoveri e amputazioni del piede diabetico, di responsabilità congiunta insieme alla l'AOU Pisana.

La valutazione esterna mostra un buon gradimento dei cittadini sull'attività distrettuale (D15), in particolare sulla professionalità del personale del distretto.

Si riscontra un punto di debolezza sulla parte farmaceutica: la spesa farmaceutica territoriale è infatti più elevata della media regionale (F10a). L'efficienza prescrittiva sia territoriale che ospedaliera (F12a, F20), sono invece nella media regionale: alcune categorie di farmaci mostrano ottime o buone performance mentre altre sono invece critiche. Quanto all'appropriatezza prescrittiva ospedaliera (C20), questa si posiziona su livelli ottimi, grazie ad un corretto uso degli antibiotici.

T - Ausl 5 Pisa 2010

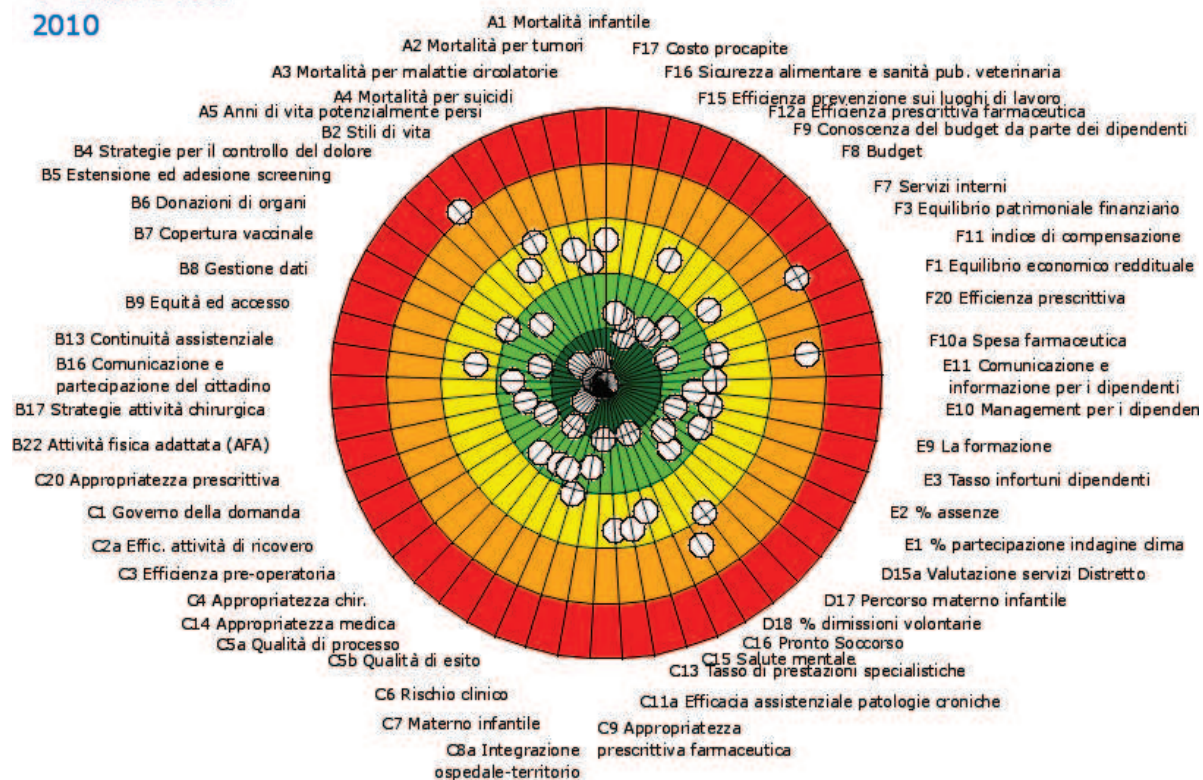


Fig.9. Sistema di valutazione 2010 della AUSL 5 PI

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
A4	Mortalità per suicidi (2006-2008)
B16.1.1	Percentuale impegni raggiunti
B17.2	Fughe extra regione per specialità chirurgiche di base (AUSL) (2009)
C14.4	% di ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni (Patto per la salute 2010-2012)
C2a	Indice di performance degenza media per acuti
C5.11	% appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni
C6.2.2	Indice di diffusione delle rassegne di Mortalità? e Morbilità?
C7.2	% di parti indotti
C7.8	% screening oculare sui neonati sani
C7.9	% screening audiologico sui neonati sani
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti (<=17 anni)
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti
E1	% di risposta
F16.5.3	Efficienza produttiva - Prodotto Finito 43
F17	Costo pro-capite pesato per età (2009)
F20.4	% Somatotropina a brevetto scaduto
F9	Conoscenza del budget da parte dei dipendenti

Fig.10. Best Practices della AUSL 5 PI

La performance della Ausl 6 Livorno

La Ausl 6 di Livorno mostra nell'anno 2010 una performance discreta, in netto miglioramento rispetto al 2009. In termini percentuali, infatti, il 64% degli indicatori fa registrare una performance superiore al 2009. In particolare, per l'anno 2010 l'azienda presenta 2 indicatori in fascia verde scuro, 16 in fascia verde, 17 in fascia gialla, 10 in fascia arancione e 3 rossi. Gli indicatori relativi allo stato di salute della popolazione non sono inclusi in quanto non si riferiscono all'anno 2010 e sono determinati solo in parte dai servizi erogati dall'azienda sanitaria.

Per quanto concerne il perseguimento delle strategie regionali, best practice per l'estensione dello screening del colon-retto (B5.3.1) e ottimi valori per l'estensione dello screening alla cervice uterina (B5.2.1) e per la percentuale di donatori effettivi di organi (B6.1.2). Mostra margini di miglioramento il dato relativo alla gestione dati (B8), soprattutto per quanto riguarda la tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo (B8.1).

Complessivamente buono l'indicatore che misura equità e accesso (B9), con ottimi valori in relazione all'ospedalizzazione per scompenso per titolo di studio (B9.5.1), all'ospedalizzazione per diabete per titolo di studio e alle percentuali di parto cesareo NTSV per titolo di studio (B9.7).

Rispetto alla valutazione socio-sanitaria, presenta ancora margini di miglioramento il dato relativo alla degenza media (C2a), così come quello relativo alla degenza media pre-operatoria (C3). L'azienda registra una ottima capacità di governo della domanda (C1), con un tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1000 residenti pari a 142,83 (C1.1).

Complessivamente buona l'appropriatezza chirurgica (C4), ottima la percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici (C4.1) grazie alla percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici in Day-Hospital (C4.1.2) mentre è buono ma mostra margini di miglioramento il dato relativo ai ricoveri ordinari (C4.1.1).

Per quanto concerne l'indicatore della Qualità di Processo (C5.a), l'azienda mostra una performance migliorabile ed è una delle poche aziende con trend negativo in relazione alla percentuale di fratture di femore operate entro due giorni (C5.2). Ottimo il trend nella percentuale di appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni (C5.11) che conseguono un buon risultato.

La Qualità di Esito (C5b), ossia la percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni (C5.1), mostra margini di miglioramento, soprattutto lato sul versante dei ricoveri medici (C5.1.1).

Forti criticità nell'ambito del Rischio Clinico (C6), migliorabile lo sviluppo del sistema di incident reporting (C6.2), sia per quanto riguarda la diffusione degli audit che le rassegne di mortalità e morbidità e, soprattutto, la capacità di controllo delle cadute (C6.6); nessuna buona pratica attestata (C6.5) e criticità anche dal lato del controllo delle cadute (C6.6) e sull'indice di richieste di risarcimento (C6.1).

Gli indicatori del percorso materno-infantile (C7) sono in linea con quanto rilevato gli anni precedenti e con spazi per migliorare, sia in relazione alla percentuale di parti cesarei depurato (C7.1) sia alle fughe per parto (C7.5) mentre mostra un valore positivo il dato relativo alla percentuale di parti indotti (C7.2).

Riguardo all'integrazione ospedale-territorio (C8a), cala notevolmente la performance complessiva rispetto all'anno precedente: si conferma l'ottimo dato del tasso di ospedalizzazione della polmonite (C11a.4.1) e il buon dato sulla percentuale di ricoveri superiori ai 30 giorni (C8a.1), mentre si riscontra uno dei dati peggiori a livello regionale sul tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite, con trend sensibilmente negativo (C8a.19.2).

Il Pronto soccorso è caratterizzato da una performance non completamente soddisfacente e continua ad essere elevato, pur se il trend è in miglioramento, il dato sulla percentuale di dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero ospedaliero (D18).

Per quanto riguarda la farmaceutica, risulta nel complesso buona l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica ospedaliera (C20). Presentano invece notevoli margini di miglioramento l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica territoriale (C9) e l'indicatore complessivo che monitora l'efficienza prescrittiva farmaceutica territoriale (F12a).

Relativamente alla valutazione interna è molto buono e migliora il tasso di infortunio dei dipendenti (E3).

T - Ausl 6 Livorno 2010

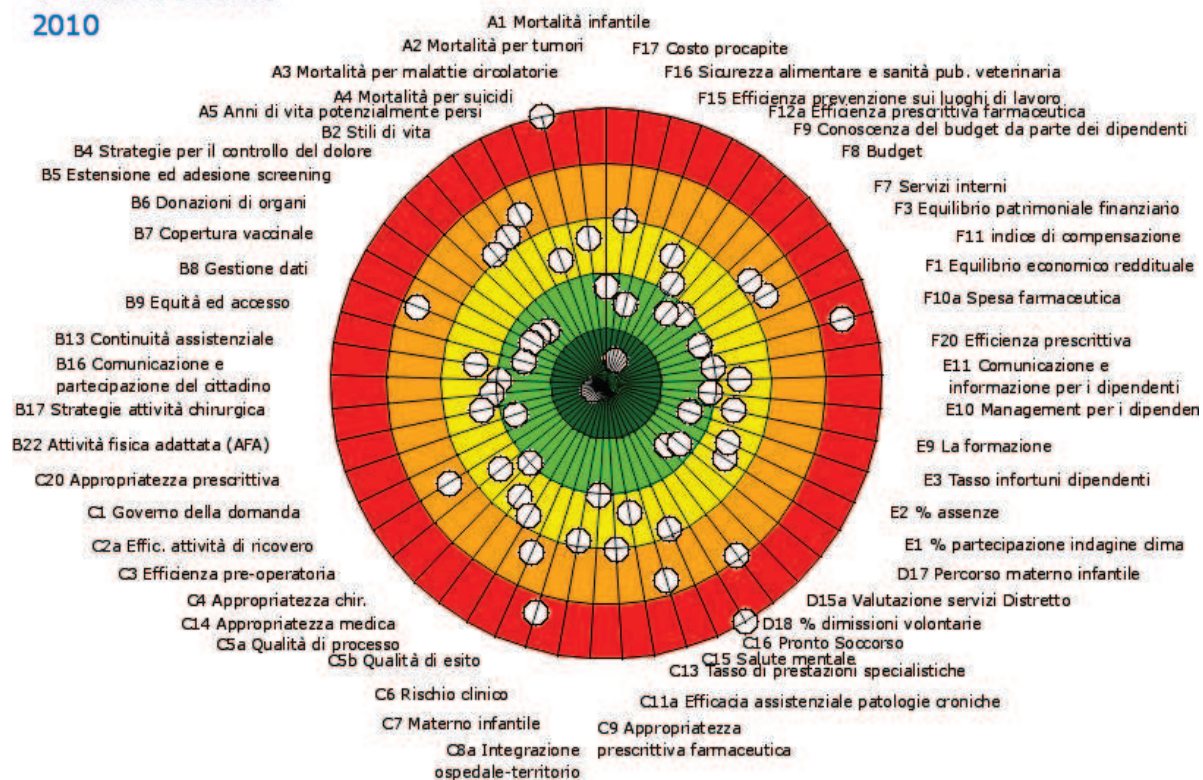


Fig.11. Sistema di valutazione 2010 della AUSL 6 LI

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
B5.3.1	Estensione screening coloretale (2009-2010)
F16.3.1	Campioni eseguiti per i piani PNAA e PNR
F16.8.2	Farmacosorveglianza - Farmacie

Fig.12. Best Practices della AUSL 6 LI

La performance della Ausl 7 Siena

La performance della Ausl 7 Siena appare complessivamente molto buona con un elevato grado di concentrazione dei risultati nelle fasce al centro del bersaglio. In particolare ha 6 indicatori in fascia verde scuro, 22 in fascia verde, 14 in fascia gialla, 5 in fascia arancione e 1 in fascia rossa. Gli indicatori relativi allo stato di salute della popolazione non sono inclusi in quanto non si riferiscono all'anno 2010 e sono determinati solo in parte dai servizi erogati dall'azienda sanitaria.

Per quanto concerne il perseguimento delle strategie regionali l'azienda presenta performance positive nelle azioni di prevenzione oncologica (B5), con ottimo valore riguardante l'estensione dello screening del colon-retto (B5.3.1) mentre presenta il peggior dato a livello regionale l'estensione dello screening mammografico (B5.1.1). Appare particolarmente positiva la performance relativa all'equità e accesso (B9).

Rispetto alla valutazione socio-sanitaria, complessivamente molto positiva, mostra ancora margini di miglioramento il dato relativo all'efficienza del ricovero riguardo alla degenza media per acuti (C2a) che risulta superiore alla media regionale. Si conferma buono il dato relativo alla degenza media pre-operatoria per gli interventi chirurgici programmati (C3), e molto buono l'indicatore complessivo che monitora la capacità di governo della domanda (C1), con un tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1000 residenti pari a 145,36 (C1.1).

Complessivamente buona l'appropriatezza chirurgica (C4), ottima la percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici (C4.1) grazie alla percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici in ricoveri ordinari (C4.1.1). L'appropriatezza medica (C14) è negativamente influenzata dall'elevato tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti in relazione ai DRG LEA medici (C4.8) e dal dato assai critico della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ultrassessantacinquenni (C14.4), entrambi comunque con trend in miglioramento. Buoni invece gli altri sottoindicatori sulla percentuale di ricoveri in Day-Hospital medico con finalità diagnostica (C14.2) e la percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (C14.3).

Per quanto concerne l'indicatore che misura complessivamente la Qualità di Processo (C5.a), l'azienda mostra una performance buona, con un ottimo valore per quanto riguarda la percentuale di prostatectomie transuretrali (C5.3). Best practice per la Qualità di Esito (C5b), ossia nella percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni (C5.1).

Buona la performance relativa agli indicatori sulla gestione del rischio clinico (C6).

Complessivamente ottimi anche gli indicatori del percorso Materno-Infantile (C7), con un risultato eccellente nella percentuale di cesarei e con un ottimo valore sulla percentuale di episiotomia depurato NTSV (C7.3). Inoltre registra il dato stabilmente più basso della Regione in relazione alle fughe per parto (C7.5).

Riguardo all'integrazione ospedale-territorio (C8a), la performance complessiva è la più critica, soprattutto in considerazione del tasso di ospedalizzazione della polmonite (C11a.4.1) e del tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite (C8a.19.2); migliora la performance della percentuale di ricoveri superiori ai 30 giorni (C8a.1).

L'efficacia assistenziale nelle patologie croniche (C11a) mostra una performance con punti di criticità importanti: pur in miglioramento, si conferma il peggior dato regionale sui residenti con scompenso cardiaco in terapia con betabloccanti (C11a.1.4) e anche in relazione al tasso di ospedalizzazione per BPCO (C11a.3.1); ottima performance complessiva per il percorso Salute Mentale (C15), con best practice in relazione alla percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni (C8a.13.2).

Risulta elevato e quindi critico il dato relativo alla percentuale di dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero ospedaliero (D18).

Dal lato dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica ospedaliera (C20), l'indicatore è complessivamente buono. L'appropriatezza prescrittiva farmaceutica territoriale (C9) e l'efficienza prescrittiva farmaceutica territoriale (F12a) presentano invece una maggiore variabilità fra gli indicatori che le compongono e, per alcuni di essi, sono riscontrabili notevoli margini di miglioramento.

Relativamente alla valutazione interna è ottima la percentuale di partecipazione alle indagini di clima interno (E1) che evidenzia un buon livello di partecipazione alle strategie aziendali del personale dipendente.

T - Ausl 7 Siena 2010

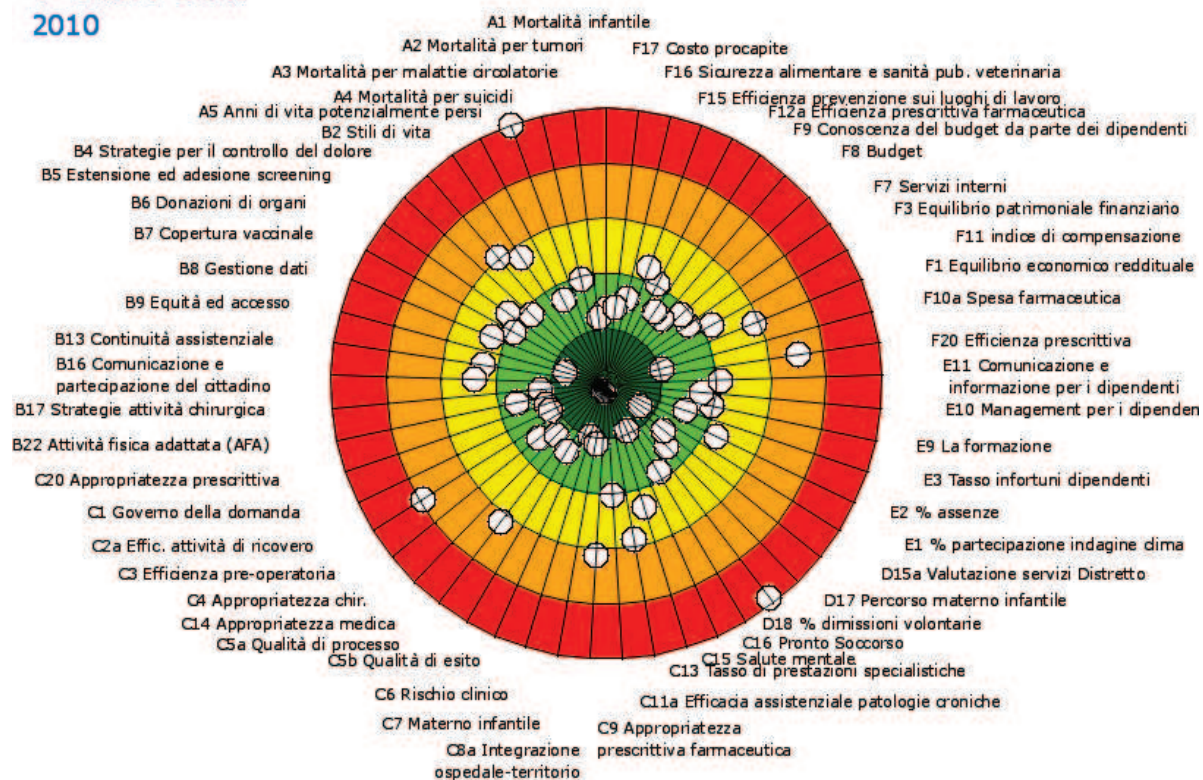


Fig.13. Sistema di valutazione 2010 della AUSL 7 SI

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
B2.2.1	Percentuale di persone obese (2008)
B5.3.2	Adesione screening coloretale
B8.2.1	Tempestività prodotti finiti prevenzione
C5.1	% Ricoveri ripetuti entro 30 giorni
C7.5	Fughe per parto
C8a.13.2	% di ricoveri ripetuti entro 7 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni

Fig.14. Best Practices della AUSL 7 SI

La performance della Ausl 8 Arezzo

La Ausl 8 di Arezzo, mostra complessivamente una performance molto buona. Presenta 3 indicatori in fascia verde scuro, 25 indicatori in fascia verde, 15 in fascia gialla, 5 in fascia arancione e 0 in fascia rossa. Gli indicatori relativi allo stato di salute della popolazione non sono inclusi in quanto non si riferiscono all'anno 2010 e sono determinati solo in parte dai servizi erogati dall'azienda sanitaria.

Nella dimensione del perseguimento delle strategie regionali, l'azienda consegue ottimi risultati nell'ambito della prevenzione: registra infatti il miglior risultato regionale rispetto agli screening (B5), come anche per la copertura vaccinale (B7), per la quale presenta la migliore performance a livello regionale.

Nella dimensione socio-sanitaria l'azienda raggiunge buoni risultati sia sull'appropriatezza medica (C14), sia su quella chirurgica (C4). Buona performance anche rispetto alla gestione del rischio clinico, con ottimi valori rispetto allo sviluppo del sistema di Incident reporting (C6.2) e alla capacità di controllo delle cadute (C6.6).

Riguardo all'integrazione ospedale territorio l'azienda raggiunge un buon risultato grazie anche al contenimento del tasso di ricoveri > 30 giorni (C8.1). Anche sul versante territoriale, riguardo all'efficacia assistenziale delle patologie croniche (C11), si registra una buona performance, in particolar modo sulla gestione del diabete; nella gestione dello scompenso risulta invece una criticità nella percentuale dei pazienti trattati con beta bloccanti. L'azienda ha raggiunto infatti il 42% di pazienti in trattamento con beta bloccanti, ben lontani dall'obiettivo dell'80%, ma comunque sopra la media nazionale. Si evidenzia inoltre che l'azienda presenta il tasso più elevato della regione di prestazioni di risonanza magnetica per i residenti (C13).

Nella dimensione esterna, ossia quella riferita alla percezione dei cittadini, l'Azienda presenta valori di soddisfazione degli utenti del distretto (D15a) in linea con la media regionale, così come per il percorso materno-infantile (D17). Analogamente, si riscontrano valori allineati con la media regionale, nella valutazione interna quindi rispetto all'indagine di clima organizzativo e tasso di infortuni e assenza dei dipendenti.

Per quanto riguarda la farmaceutica, pur essendo il dato relativo alla appropriatezza prescrittiva (C9) in linea con la media, si riscontrano alcune criticità nel consumo di statine in associazione, dei sartani e degli antibiotici, che risultano i più elevati della regione. Tuttavia l'andamento registrato nella seconda metà del 2010 mostra un netto miglioramento in quasi tutti i parametri, ad eccezione dell'uso delle statine in associazione. Anche sull'efficienza farmaceutica (F12), che misura l'utilizzo di farmaci non coperti da brevetto, esistono margini di miglioramento, in particolare su alcune categorie. L'azienda inoltre ha una spesa territoriale (F10) più elevata rispetto alla media regionale. Anche in questo caso si segnala un trend nel secondo semestre in significativo miglioramento.

T - Ausl 8 Arezzo 2010

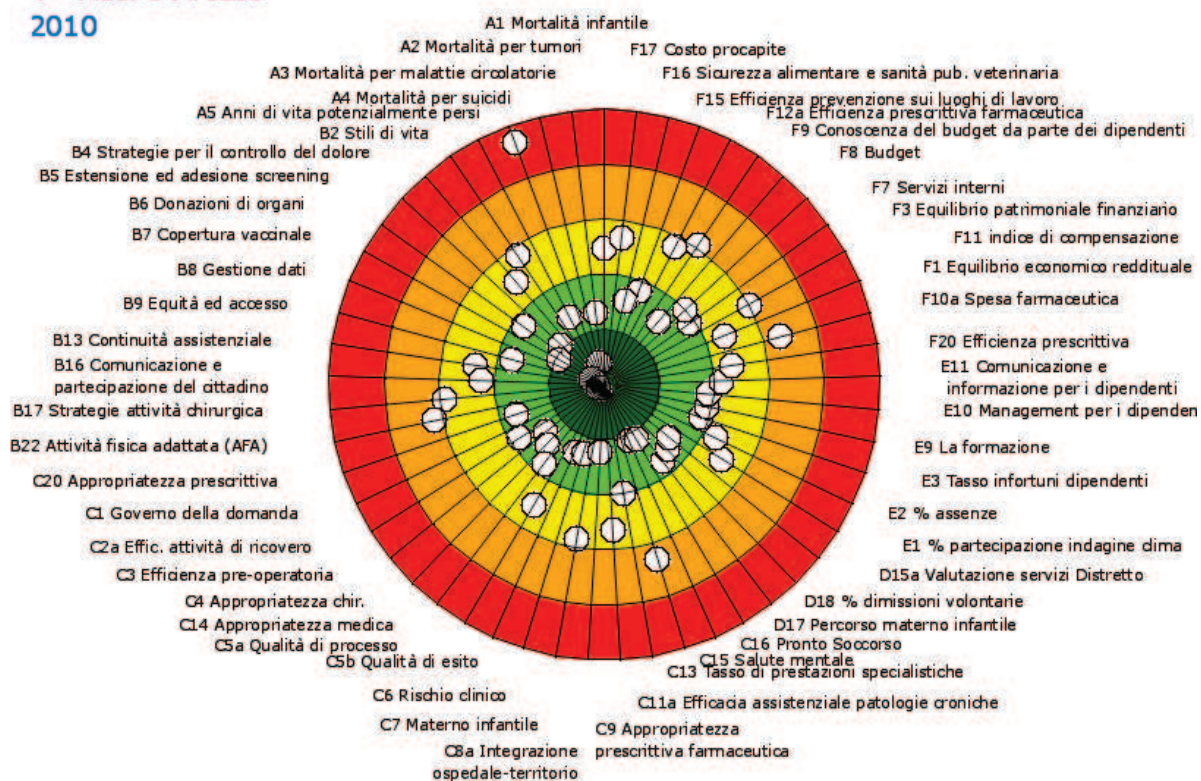


Fig.15. Sistema di valutazione 2010 della AUSL 8 AR

	Indicatori con la migliore performance a livello regionale
B2.1.1	Percentuale di sedentari (2008)
B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori (convenzionata e diretta)
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti
C13.2.2	Tasso di prestazioni RM std per 1000 residenti
F16.4.2	Categorizzazione seconda fascia

Fig.16. Best Practices della AUSL 8 AR

La performance della Ausl 9 Grosseto

L'Ausl 9 di Grosseto presenta una buona performance, il bersaglio continua, difatti, ad essere concentrato sulle fasce verde e verde scuro, con 8 indicatori in fascia verde scuro, 20 indicatori in fascia verde, 13 in fascia gialla, 6 in fascia arancione e 1 in fascia rossa. Gli indicatori relativi allo stato di salute della popolazione non sono inclusi in quanto non si riferiscono all'anno 2010 e sono determinati solo in parte dai servizi erogati dall'azienda sanitaria.

Risultati positivi si osservano nella capacità aziendale di perseguire le strategie regionali. In particolare, l'Azienda registra un'ottima performance sull'equità e accesso (B9), per i quali si presenta come best practice regionale per l'indicatore di ospedalizzazione urgente per titolo di studio (B9.6), per polmonite per titolo di studio (B9.5.4) e percentuale di parti cesarei NTSV per titolo di studio (B9.7). Ottima anche la copertura vaccinale MPR (B7.1), la tempestività e conformità dei prodotti finiti della prevenzione (B8.2) e il comitato di partecipazione aziendale (B16.2).

Riguardo agli screening oncologici (B5), il percorso di miglioramento iniziato nel 2009 sull'estensione dello screening colon rettale (B5.3.1) si completa nel 2010 superando l'obiettivo del 100%; da porre attenzione invece sull'adesione allo screening del colon retto, che cala rispetto all'anno precedente. Si rileva inoltre un punto di debolezza nella tempestività di trasmissione dei dati (B8.1), in peggioramento rispetto all'anno precedente. Sull'appropriatezza chirurgica (C4) unitamente alla qualità di esito espressa sul contenimento dei ricoveri ripetuti entro 30 giorni (C5.b) ottimi sono stati i risultati conseguiti. Altrettanto ottima è stata la capacità per il contenimento dei ricoveri con degenza maggiore di 30 giorni denotando la buona tenuta del territorio nell'evitare i cosiddetti ricoveri sociali (C8a.1).

Nel governo della domanda l'Azienda dimostra un'ottima capacità di contenimento delle ospedalizzazioni per i residenti, registrando il più basso tasso di ospedalizzazione a livello regionale (C1.1) con una tendenza costante alla riduzione. Ottima è anche l'efficacia assistenziale per alcune patologie croniche quali il diabete, con un tasso di ospedalizzazione (C11a.2.1) che migliora nettamente rispetto all'anno precedente passando da 19,68 a 11,64 per 100.000 residenti, e fa dell'Azienda la best practice a livello regionale.

Risultati rilevanti sono stati conseguiti anche per il Patto della Salute. L'Azienda oltre a conseguire risultati importanti nel perseguire gli obiettivi fissati, ha migliorato ulteriormente il trend 2008-2009.

Ottimi risultati anche sul fronte della gestione del rischio clinico, con il migliore risultato nella diffusione degli audit (C6.2.1) e nel controllo delle cadute (C6.6).

I miglioramenti osservati invece nel 2009 nella riduzione dei tagli cesarei (C7.1) non persistono nel 2010, piuttosto si osserva un incremento che trasforma la performance aziendale da buona a media.

Gli abbandoni da pronto soccorso (D9), considerati una proxy della soddisfazione del paziente, sono nella Ausl 9 di Grosseto i più bassi a livello regionale. Valutazioni buone sono state espresse dagli utenti dei servizi distrettuali, seppur inferiori alla media regionale sui temi dell'organizzazione, e dalle donne che utilizzano i servizi del percorso nascita.

Per quanto riguarda la farmaceutica, si rileva che esistono margini di miglioramento sull'efficienza prescrittiva, quindi sull'utilizzo di molecole non coperte da brevetto (F12a) e sulla compliance dei pazienti in terapia con statine (C9).

T - Ausl 9 Grosseto 2010

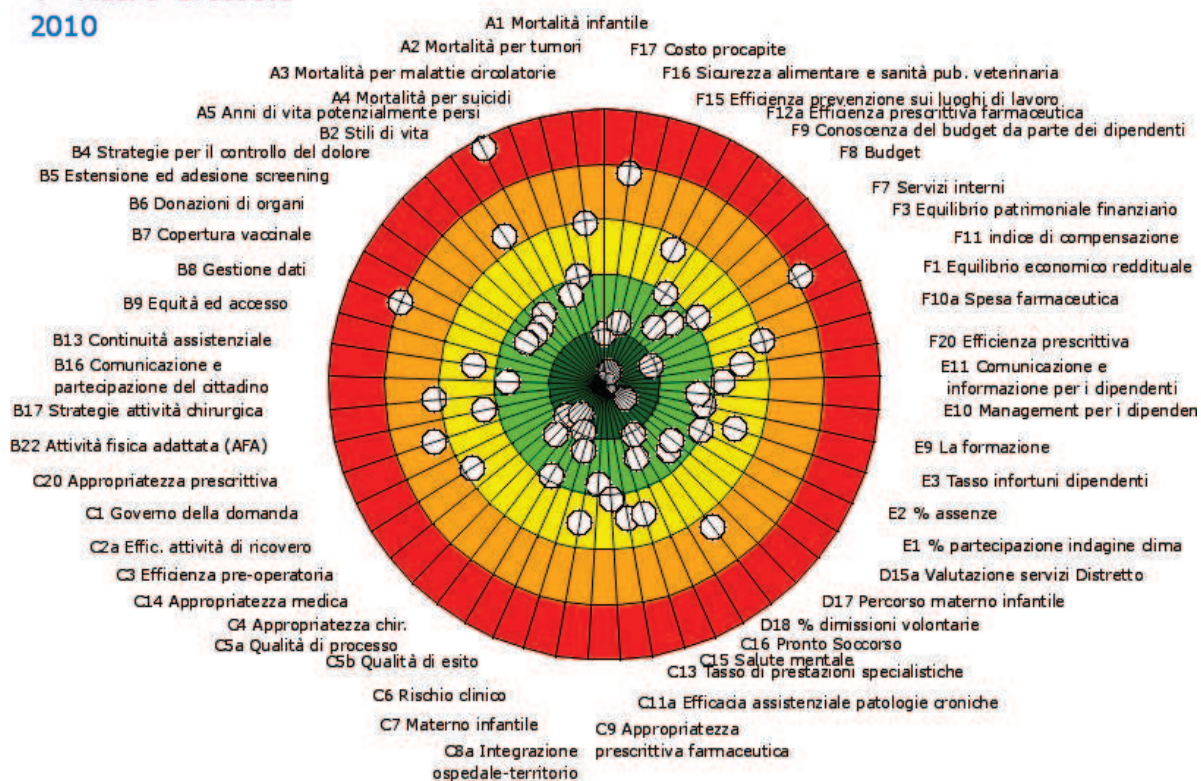


Fig.17. Sistema di valutazione 2010 della AUSL 9 GR

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
B9.5.4	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione per polmonite per titolo di studio
B9.6	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione urgente per titolo di studio
B9.7	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione per parto cesareo NTSV per titolo di studio
C1.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 residenti
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione Diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni)
C11a.2.3	Residenti con Diabete con almeno un esame della retina
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi (patto per la salute 2010-2012)
C4.8	DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti (patto per la salute 2010-2012)
C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit
C6.5	Buone pratiche attestate
C6.6	Capacità di controllo delle cadute
C8a.13	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni
C9.4	Consumo di SSRI (Antidepressivi)
C9.5	Consumo di altri antidepressivi
C9.8.1.2	Incidenza degli antibiotici iniettabili
C9.8.1.2	Incidenza degli antibiotici iniettabili
D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso
F15.2.4	N. Prodotti Finiti 25-26-27-72 /operatori qualificati
B9.5.4	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione per polmonite per titolo di studio

Fig.18. Best Practices della AUSL 9 GR

La performance della Ausl 10 Firenze

La Ausl 10 di Firenze presenta una buona performance, con 6 indicatori in fascia verde scuro, 15 indicatori in fascia verde, 18 in fascia gialla, 6 in fascia arancione e 3 in fascia rossa. Gli indicatori relativi allo stato di salute della popolazione non sono inclusi in quanto non si riferiscono all'anno 2010 e sono determinati solo in parte dai servizi erogati dall'azienda sanitaria.

Riguardo al conseguimento delle strategie regionali, l'Azienda registra ottimi risultati in termini di comunicazione e partecipazione dei cittadini (B16) e di copertura vaccinale (B7). Complessivamente buoni gli screening oncologici (B5); in particolare, si osserva anche per quest'anno il superamento dell'obiettivo regionale nell'estensione dello screening della cervice uterina (B5.2.1), fenomeno che invece non si osserva per gli altri due screening, mentre c'è una tendenza negativa nelle adesioni. Continuano ad essere critici gli indicatori relativi all'equità e accesso (B9), alla gestione del dolore (B4.1.3) e all'Attività Fisica Adattata (B22).

La dimensione della valutazione sanitaria presenta ottime performance sull'appropriatezza medica, in particolare la percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (C14.2, indicatore del patto per la salute 2010-2012) è la più bassa a livello regionale, e in netto calo rispetto all'anno precedente. Ottima anche l'appropriatezza chirurgica (C4) con il miglior risultato nell'erogazione di DRG LEA Chirurgici (C4.12 - % standard raggiunti per % Day-Surgery) combinato ad un ottimo utilizzo dei posti letto di chirurgia. I pazienti con DRG medico dimessi da reparti chirurgici sia in ricovero ordinario (C4.1.1) che in Day-Hospital (C4.1.2) sono infatti tra i più bassi della regione. Continua a migliorare il ricorso alla laparoscopia negli interventi di colecistectomie (C4.4) confermando il trend in progressivo miglioramento rispetto al biennio 2008-2009.

Nella gestione del rischio clinico (C6) appare critico il livello di diffusione degli audit, le rassegne di mortalità e morbidità e lo sviluppo del sistema di incident reporting, mentre è molto basso l'indice delle richieste di risarcimento (C6.1) che cala ancora rispetto ai valori del 2009.

Buono il percorso materno-infantile, con basse percentuali di parti cesarei NTSV (C7.1) e di episiotomie (C7.3) anche se con un leggero aumento rispetto all'anno precedente. Migliora la percentuale di parti indotti (C7.2) che passa dalla fascia arancione a quella gialla. Relativamente alla soddisfazione delle utenti del Percorso Nascita, ottima la fiducia nel personale ospedaliero dei punti nascita (B17.2) e buone le valutazioni del corso parto (D17.1).

Per quanto concerne le attività territoriali, continua ad essere critica l'efficacia assistenziale delle patologie croniche dello scompenso cardiaco (si vedano i sottoindicatori del C11a.1) e della polmonite (C11a.4.1). Positivo invece il collegamento ospedale-territorio con una percentuale di ricoveri ripetuti oltre i 30 giorni inferiore alla media regionale (C8a.1) e un tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti di 134, 07 (C8a.19.2).

Anche per il 2010 la salute mentale (C15) costituisce un punto di debolezza dell'azienda con alcune importanti criticità, come per esempio la percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni (C8a.13), pur registrando un miglioramento rispetto all'anno 2009.

Buona anche l'esperienza raccontata dagli utenti dei distretti (D15) e abbastanza bassa la percentuale di dimissioni volontarie dei pazienti in regime di ricovero ospedaliero (D18).

Estremamente positivo l'indicatore sulla percentuale di assenze (E2), che anche nel 2010 ottiene la migliore performance regionale; peggiora invece la performance aziendale (da verde diventa gialla) nel caso del tasso di infortuni dei dipendenti (E3) che torna a registrare i valori del 2008 superandoli di poco.

La spesa farmaceutica territoriale pro-capite (F10) è di poco superiore alla media regionale, mentre sul fronte dell'efficienza prescrittiva farmaceutica, pur osservando dei miglioramenti, l'Azienda registra le percentuali più basse di statine (F12a.2), fluorochinoloni (F12a.9) e ACE inibitori associati (F12a.7) non coperte da brevetto.

Risulta ottimo l'indicatore sull'efficienza ed efficacia nei servizi di prevenzione sui luoghi di lavoro (F15), con la miglior performance regionale nel caso del Tasso di infortuni (F15.3.1).

T - Ausl 10 Firenze 2010

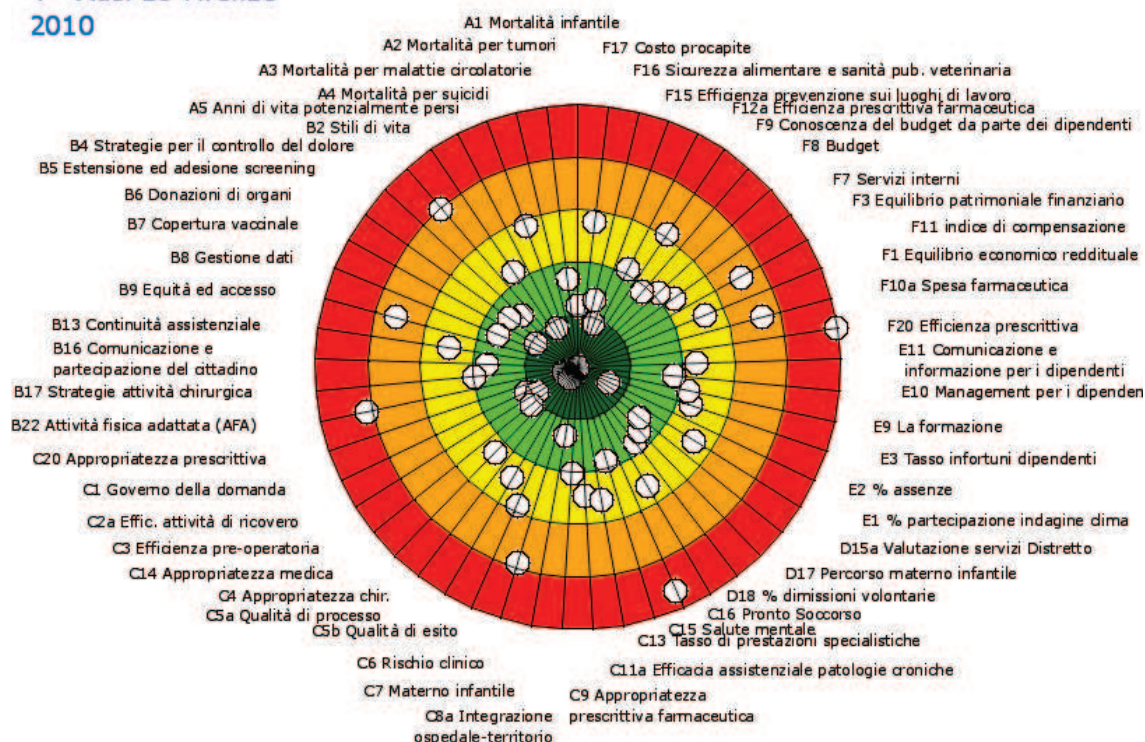


Fig.19. Sistema di valutazione 2010 della AUSL 10 FI

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
A3	Mortalità per malattie cardiocircolatorie (2006-2008)
B16.1.2	Comitato di partecipazione
B16.2	Front office
B2.2.2	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso (2008)
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (patto per la salute 2010-2012)
C4.12	DRG LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % Day-Surgery (Patto per la salute 2010-2012)
C9.13	Antibiotici: incidenza iniettabili nei reparti
C9.9.1.1	% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi
E2	% di assenza
F15.3.1	Tasso di infortuni

Fig.20. Best Practices della AUSL 10 FI

La performance della Ausl 11 Empoli

La Ausl 11 di Empoli presenta uno tra i migliori bersagli regionali anche nel 2010, registrando un'ottima performance. L'azienda presenta 6 indicatori in fascia verde scuro, 22 indicatori in fascia verde, 17 in fascia gialla, 2 in fascia arancione e 1 in fascia rossa, senza considerare la dimensione A Stato di salute della popolazione. Gli indicatori relativi allo stato di salute della popolazione non sono inclusi in quanto non si riferiscono all'anno 2010 e sono determinati solo in parte dai servizi erogati dall'azienda sanitaria.

Nel perseguimento delle strategie regionali, l'azienda registra una ottima performance sull'equità e accesso per i pazienti con scompenso (B9.5.1), registrando inoltre trend in positivo nei volumi dell'attività chirurgica programmata (B17.1).

Buona la performance sugli screening, con un miglioramento significativo nell'adesione allo screening mammografico (B5.1.2) che passa da 66,20% del 2009 al 77,80% del 2010. Buona anche la percentuale di adesione per lo screening della cervice (B5.2.2), seppur in leggero calo rispetto all'anno precedente, mentre merita attenzione la sua estensione che nell'ultimo triennio registra un calo costante (94,82% nel 2008, 82,59% nel 2009 e 72,55% nel 2010).

Per quanto riguarda la dimensione socio sanitaria, risulta ottima la capacità di governo della domanda (C1.1) e l'indice di performance della degenza media per acuti (C2a). Complessivamente buono anche il risultato relativo all'appropriatezza chirurgica, sebbene si rilevi un punto di debolezza sulla % DRG LEA chirurgici in regime di DS.

Nell'efficacia assistenziale per le patologie croniche si osserva la più alta percentuale a livello regionale di pazienti diabetici con almeno una misurazione della emoglobina glicata (C11a.2.2), pari a 72,5%. Sempre per i pazienti diabetici si osserva un buon tasso di ospedalizzazione per 100.000 residenti: 17,15 in riduzione del quasi 18% rispetto al 2009. L'Azienda dimostra di avere conseguito ottimi risultati, i migliori a livello regionale, nell'attivazione dei corsi di attività fisica adattata (B22). Buona anche la performance aziendale nella salute mentale (C15).

Alcune criticità si osservano per il percorso materno infantile (C7), con un aumento di circa il 9% nei tagli cesarei depurati (C7.1), un'alta percentuale di parti indotti (C7.2), pari a 19,64% e in continua crescita dal 2008, e di fughe per parto (C7.5). Merita altrettanta attenzione il pronto soccorso (C16) che registra un'alta percentuale di pazienti che abbandonano il pronto soccorso dopo la registrazione al triage (D9).

Rispetto alla dimensione della valutazione dei cittadini, molto buone le valutazioni dei cittadini sugli orari di apertura dei distretti (D15.1.2) e il livello di soddisfazione delle donne rispetto alle informazioni che ricevono all'inizio della gravidanza sul percorso nascita (D17.1.2), mentre occorrerebbe lavorare ancora sulle informazioni relative all'allattamento (17.2.4), non sempre concordanti a seconda dell'operatore che le fornisce.

L'Azienda mostra un presidio forte sul fronte delle risorse destinate alla farmaceutica, con una spesa procapite (F10) che è la più bassa a livello regionale e la spesa farmaceutica ospedaliera (F10.2) molto bassa nel confronto regionale anche se in aumento rispetto al 2009. Ottimi sono anche i risultati ottenuti sul territorio in termini di efficienza prescrittiva (F12).

Riguardo alla farmaceutica l'azienda consegue risultati eccellenti: è best practice nel consumo di antiacidi (C9.1), nell'incidenza dei sartani (Antiipertensivi) (C9.3) e nel consumo di statine in associazione (C9.6.1.3). Sono in fascia verde gli indicatori che misurano la compliance dei pazienti in terapia con statine (C9.2) e l'utilizzo degli antidepressivi (C9.9.1.1). La spesa farmaceutica procapite (F10) è la più bassa a livello regionale. L'unica criticità riscontrata riguarda il consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori (convenzionata e diretta) (B4.1.1), che risulta essere tra i più bassi a livello regionale.

T - Ausl 11 Empoli 2010

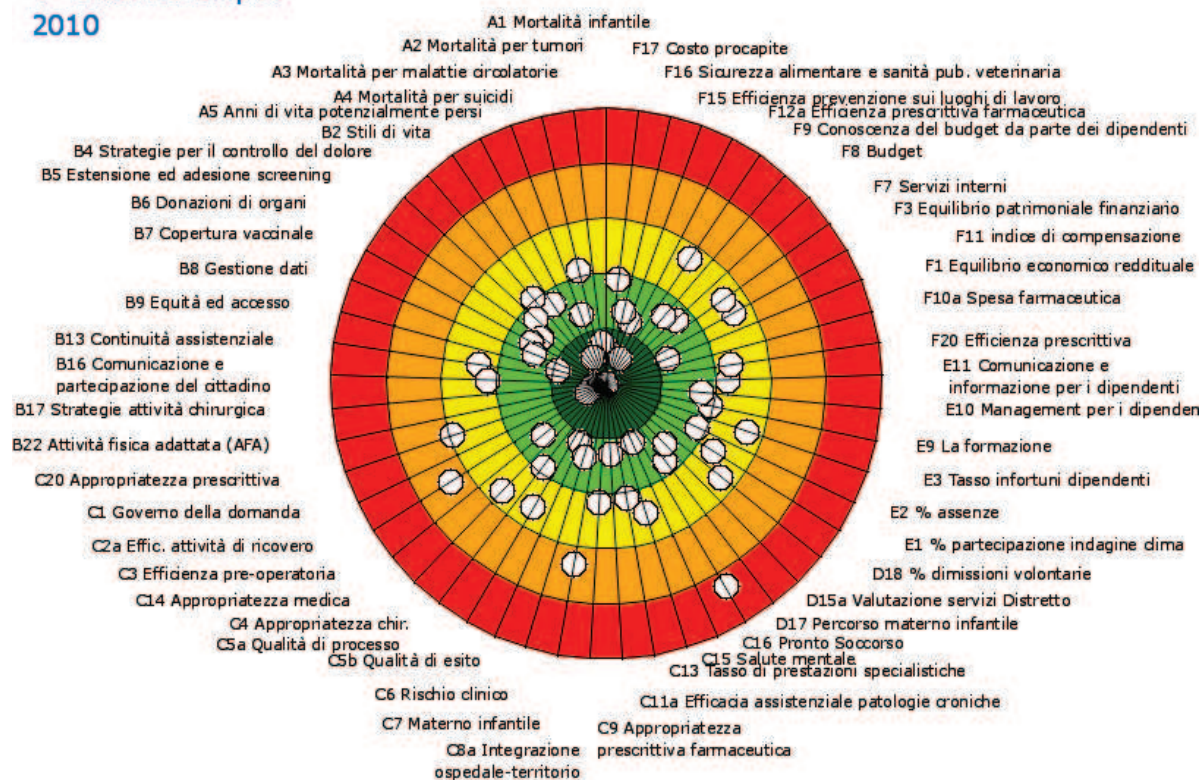


Fig.21. Sistema di valutazione 2010 della AUSL 11 EM

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
A2	Mortalità tumori (2006-2008)
B17.1	Trend volumi attività chirurgica programmata
B2.2.3	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di fare attività fisica (2008)
B22.1	N. corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti =>65 anni
B22.2	N. corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti =>65 anni
B8.2.2	Conformità prodotti finiti prevenzione
B9.5.1	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione per scompenso per titolo di studio
C11a.1.3	Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con terapia con ACEinibitore-sartani
C11a.2.2	Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata
C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi)
C9.3	Sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina: % sartani
C9.6.1.3	Consumo di statine in associazione
C9.6.1.3	Consumo di statine in associazione
F10	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
F12a.1	% Inibitori di pompa protonica (IPP) a brevetto scaduto (Antiacidi)
F12a.10	% altri antidepressivi a brevetto scaduto
F12a.12	% Losartan sui sartani associati
F12a.14	% molecole a brevetto scaduto
F12a.3	% ACE inibitori non associati a brevetto scaduto (Antiipertensivi)
F12a.5	% di SSRI a brevetto scaduto (Antidepressivi)
F12a.6	% di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto (Antiipertensivi)
F12a.9	% di fluorochinoloni a brevetto scaduto (Antibiotici)
F16.5.1	Efficienza produttiva - Prodotto Finito 49

Fig.22. Best Practices della AUSL 11 EM

La performance della Ausl 12 Viareggio

L'Azienda Ausl 12 di Viareggio mostra un'ottima performance nel 2010. Presenta 5 indicatori in fascia verde scuro, 25 indicatori in fascia verde, 15 in fascia gialla, 3 in fascia arancione e nessun indicatore in fascia rossa. Gli indicatori relativi allo stato di salute della popolazione non sono inclusi in quanto non si riferiscono all'anno 2010 e sono determinati solo in parte dai servizi erogati dall'azienda sanitaria.

Per quanto riguarda il perseguimento delle strategie regionali, nell'ambito delle strategie per il controllo del dolore (B4) l'Azienda registra la best practice regionale rispetto al consumo territoriale di morfina (B4.1.3) mentre è critico il dato sul consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori (convenzionata e diretta, B4.1.1).

Per quanto riguarda la prevenzione, risultano ottimi i dati di estensione degli screening mammografico (B5.1.1), cervicouterina (B5.2.1) e colon-retto (B5.3.1). Ottimo l'indicatore che monitora la gestione dei dati (B8), pur con margini di miglioramento rispetto alla tempestività dei prodotti finiti della prevenzione (B8.2.1).

Per quanto concerne l'indicatore che misura equità e accesso (B9), si rilevano ottime performance in relazione all'ospedalizzazione per diabete per titolo di studio (B9.5.2) e alle percentuali di parto cesareo NTSV per titolo di studio (B9.7).

Non risultano attivati presso la Ausl di Viareggio corsi di Attività Fisica Adattata per l'alta disabilità (B22.2), ed è invece in linea con la media regionale per quanto riguarda i corsi per la bassa disabilità (B22.1).

Rispetto alla valutazione socio-sanitaria la capacità di governo della domanda (C1) mostra dati molto positivi riguardo al tasso di ospedalizzazione (C1.1.2). Si conferma molto buono, e in ulteriore miglioramento, il dato relativo all'efficienza del ricovero riguardo alla degenza media per acuti (C2a), così come il dato relativo alla degenza media pre-operatoria per gli interventi chirurgici programmati (C3). Presentano margini di miglioramento i dati relativi all'appropriatezza chirurgica (C4), ambito in cui l'azienda mantiene comunque stabilmente, con un'ottima performance, l'obiettivo regionale della percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici per i ricoveri ordinari (C4.1.1) mentre appare più negativa la percentuale di standard raggiunti per percentuale di Day-Surgery per i DRG LEA chirurgici (C4.12).

Riguardo alla Qualità di Processo (C5.a), l'azienda mostra una performance negativa e appare una delle poche aziende con trend in peggioramento in relazione alla percentuale di appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni (C5.11), mentre si conferma best practice e migliora il risultato nella percentuale di fratture di femore operate entro due giorni (C5.2).

In relazione al Rischio Clinico (C6), l'azienda mostra una ottima performance sullo sviluppo del sistema di incident reporting (C6.2), sia per quanto riguarda la diffusione degli audit che le rassegne di mortalità e morbidità, buona la capacità di controllo delle cadute (C6.6) e con margini di miglioramento l'attestazione delle buone pratiche (C6.5) e l'indice di richieste di risarcimento (C6.1).

Gli indicatori del percorso Materno-Infantile (C7) mostrano valori ottimi riguardo alla percentuale di cesarei, e di episiotomia; è invece assai negativo e peggiora la percentuale di parti indotti (C7.2) così come il dato relativo alle fughe per parto.

Dal lato della efficacia assistenziale nelle patologie croniche (C11a), ottimi risultato sul tasso di ospedalizzazione per diabete (C11a.2.1) e per BPCO (C11a.3.1).

Sul versante dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica ospedaliera (C20), l'indicatore è complessivamente buono mentre presenta notevoli margini di miglioramento l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica territoriale (C9), con una best practice per quanto riguarda il consumo di antibiotici (C9.8.1.1). Buono l'indicatore complessivo che monitora l'efficienza prescrittiva farmaceutica territoriale (F12a).

Relativamente alla valutazione interna, peggiora ancora l'indicatore che misura la percentuale di partecipazione alle indagini di clima interno (E1) mentre è molto buono e migliora sensibilmente, anche rispetto all'anno 2008, il tasso di infortunio dei dipendenti (E3).

T - Ausl 12 Viareggio 2010

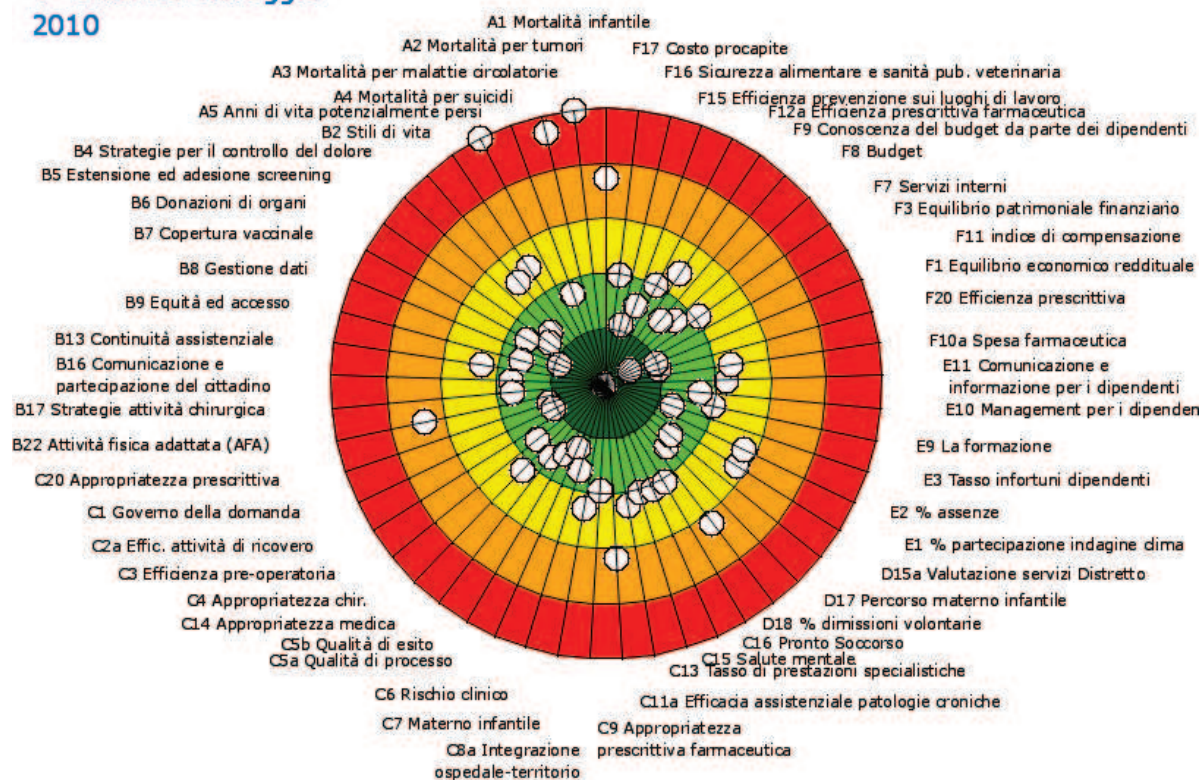


Fig.23. Sistema di valutazione 2010 della AUSL 12 VI

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
B2.1.2	Percentuale di persone sedentarie consigliate dal medico di fare attività? fisica (2008)
B2.3.1	Percentuale di bevitori binge e fuori pasto (2008)
B4.1.3	Consumo territoriale di morfina (convenzionata e diretta) (2010)
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici
F11	Indice di compensazione (2009)
F15.1.6	Numero di Cantieri Visitati rispetto al Numero di Cantieri in Carico
F15.1.8	Copertura del territorio riferita al numero aziende agricole controllate
F16.1.3	Qualità dei dati
F16.3.2	Rispetto della programmazione trimestrale per PNAA e PNR
F16.6.2	Effettuazione di verifiche interne SGQ
F20.5	% Filgrastim a brevetto scaduto

Fig.24. Best Practices della AUSL 12 VI

La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana appare buona: presenta 3 indicatori in fascia verde scuro, 8 indicatori in fascia verde, 9 in fascia gialla, 6 in fascia arancione e 5 in fascia rossa.

Per quanto concerne il perseguimento delle strategie regionali, l'Azienda conferma anzitutto la best practice regionale nella propria capacità attrattiva extraregionale complessiva (B12.2.), con lieve incremento dei pazienti ad alta complessità rispetto agli anni precedenti. Critico, invece, l'indicatore relativo alla tempestività nell'invio dei dati al sistema informativo regionale (B8).

Si conferma la buona performance complessiva dell'appropriatezza chirurgica (C4), con specifico riguardo alla percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici e alla percentuale di colicistectomie laparoscopiche in Day Surgery (C4.4).

Dal lato dell'appropriatezza medica (C14) si rileva una criticità evidente nella percentuale di ricoveri in Day-Hospital medico con finalità diagnostica (C14.2), ovvero pazienti che potrebbero effettuare un accesso ambulatoriale o in Day-Service per avere la stessa prestazione.

Molto positivo anche il dato della degenza media (C2a) rispetto alle altre aziende ospedaliero-universitarie.

L'indicatore che misura la qualità di processo (C5.a) mostra un ottimo risultato in relazione alle tecniche chirurgiche adottate, in particolare riguardo alle prostatectomie transuretrali (C5.3), alle appendicectomie urgenti in laparoscopia (C5.11) e alle resezioni programmate al colon in laparoscopia (C5.10), che aumentano notevolmente rispetto ai due anni precedenti: +51%. La qualità di esito (C5b), ossia la percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni, appare migliorabile, sia dal lato dei ricoveri medici che chirurgici.

Le performance sul rischio clinico (C6) mostrano ancora delle debolezze, soprattutto nello sviluppo del sistema di incident reporting (C6.2): sono ancora poco diffusi sia gli audit che le rassegne di mortalità e morbidità; mostra margini di miglioramento anche l'indicatore sull'attestazione delle buone pratiche (C6.5) mentre è buona la capacità di controllo delle cadute (C6.6).

Si confermano le criticità dell'indicatore di performance del percorso Materno-Infantile (C7): pur in lieve miglioramento rispetto al 2009, la percentuale di parti cesarei depurato (C7.1) resta il dato peggiore a livello regionale, mentre migliora sensibilmente il dato relativo alla percentuale di episiotomia depurato (C7.3) e, più lievemente, la percentuale di parti indotti (C7.2). Bassa la percentuale di attaccamento al seno entro le 2 ore (C7.12).

Nella dimensione esterna, la percentuale di dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero ospedaliero (D18) è fra le più alte della Regione.

Relativamente alla valutazione interna, l'Azienda mostra uno dei più bassi valori rispetto alla partecipazione dei dipendenti all'indagine di clima interno (E1), con trend in notevole peggioramento rispetto all'anno precedente, tendenza negativa che si riscontra anche nella percentuale di assenza dei dipendenti (E2).

Miglior performance regionale per quanto concerne l'efficienza prescrittiva ospedaliera (F20), con dati significativamente più elevati in relazione alle percentuali di farmaci erogati a brevetto scaduto su un paio di categorie farmacologiche.

T - Aou Pisana 2010

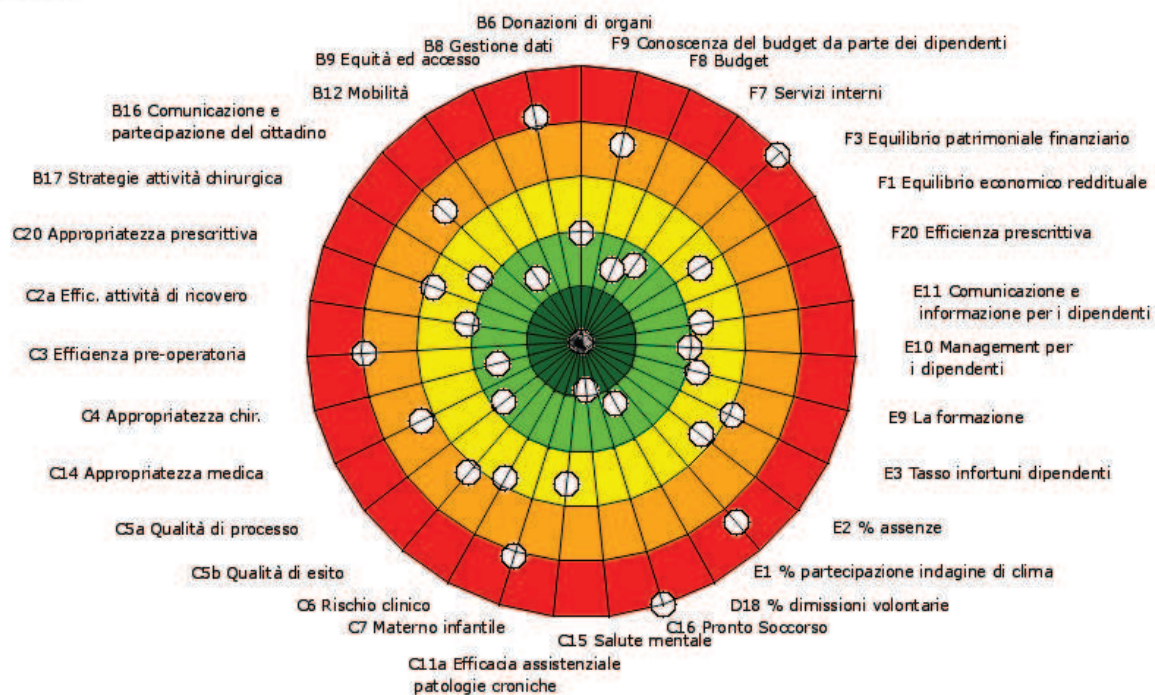


Fig.25. Sistema di valutazione 2010 della AOU Pisana

	Indicatori con la migliore performance a livello regionale
B12.2.2.1	Percentuale di attrazioni extra regione
F20.3	% Eritropoietina a brevetto scaduto

Fig.26. Best Practices della AOU Pisana

La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese

La performance dell'AOUS appare abbastanza buona con 1 indicatore in fascia verde scuro, 8 indicatori in fascia verde, 9 in fascia gialla, 5 in fascia arancione e 8 in fascia rossa.

Per quanto concerne il perseguimento delle strategie regionali, l'indicatore che misura la mobilità (B12) è complessivamente buono, con punti di forza nelle attrazioni extraregionali in alcune specialità anche per pazienti di alta complessità, mentre nel 2009 il dato critico delle fughe per DRG ad alta complessità registra un miglioramento rispetto all'anno precedente.

L'Azienda presenta il miglior dato regionale per quanto riguarda la percentuale di morti encefaliche individuate (B6.1.1), mentre appare critico l'indicatore relativo alla tempestività nell'invio dei dati al sistema informativo regionale (B8), che avviene attraverso la trasmissione dati del Sistema Informativo dell'Estav, con trend in peggioramento.

Rispetto alla valutazione socio-sanitaria, emerge un punto di debolezza in relazione all'efficienza del ricovero sia riguardo alla degenza media pre-operatoria (C3), che all'indice di performance della degenza media (C2a), anche se entrambi risultano migliorati.

Notevoli margini di miglioramento si riscontrano anche in relazione alla appropriatezza chirurgica (C4): critica la percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici nei Day-Hospital, mentre è ottima quella relativa ai ricoveri ordinari. Sul versante dell'appropriatezza medica (C14) si rileva una performance fortemente negativa, con alcune criticità nella percentuale di ricoveri in Day-Hospital medico con finalità diagnostica (C14.2) e nella percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ultrasessantacinquenni (C14.4), anche se si tratta di indicatori in lieve miglioramento.

Per quanto concerne la qualità di processo (C5.a), l'Azienda utilizza ancora molto poco la tecnica laparoscopica, mentre, seppur ancora basse, sono in aumento le fratture di femore operate entro due giorni (C5.2).

Si confermano le criticità dell'indicatore di performance del percorso Materno-Infantile (C7): la percentuale di parti cesarei depurato (C7.1) resta uno dei dati peggiori a livello regionale con trend negativo mentre mostra un valore positivo il dato relativo alla percentuale di episiotomia depurato (C7.3) e, più lievemente, la percentuale di parti indotti (C7.2).

Le performance relative alla gestione del rischio clinico (C6) mostrano margini di miglioramento soprattutto nello sviluppo del sistema di incident reporting (C6.2); ottimo il dato sulla capacità di controllo delle cadute (C6.6) e l'indice delle richieste di risarcimento (C6.1), mentre non risulta attestata alcuna buona pratica.

Relativamente alla valutazione interna, l'azienda riporta il valore più basso nella percentuale di dipendenti che hanno partecipato all'indagine di clima interno (E1), con trend in sensibile peggioramento rispetto all'anno precedente; una forte tendenza negativa si riscontra anche nella percentuale di assenza dei dipendenti (E2) che, nell'anno 2009, contava invece uno dei valori migliori della Regione.

T - Aou Senese 2010

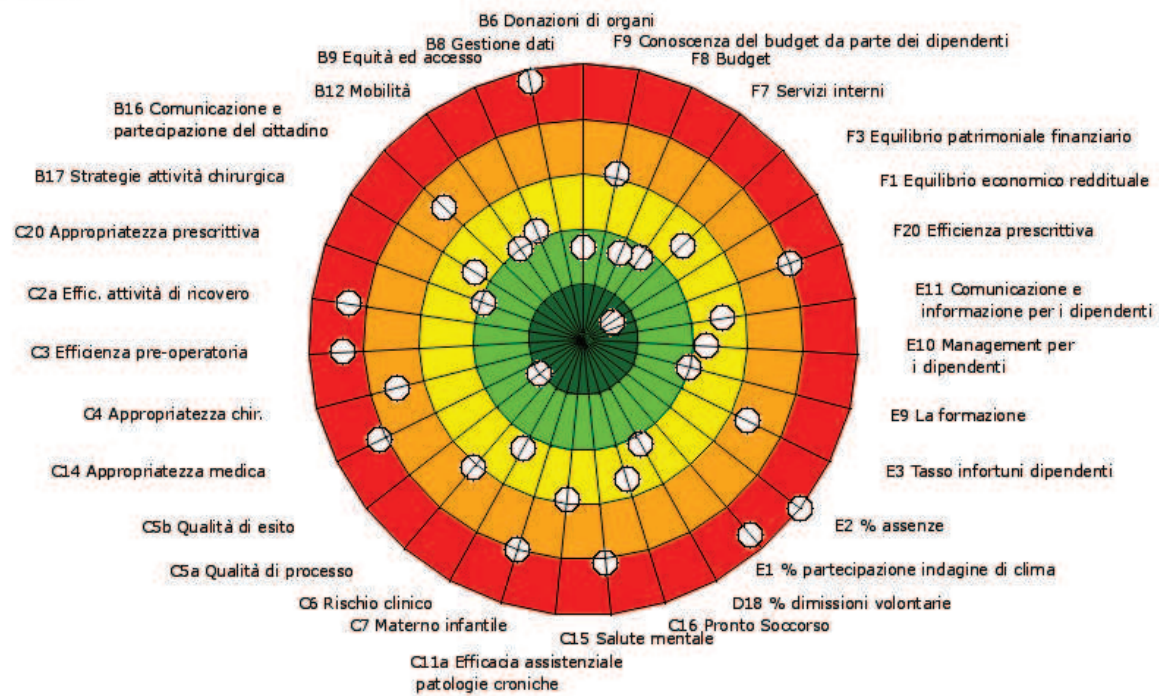


Fig.27. Sistema di valutazione 2010 della AOU Senese

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
B6.1.1	Percentuale morti encefaliche individuate
F1.3	ROI (2009)

Fig.28. Best Practices della AOU Senese

La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

La complessiva performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi è discreta: presenta 1 indicatore in fascia verde scuro, 5 indicatori in fascia verde, 11 indicatori in fascia gialla, 8 in fascia arancione e 6 rossi.

Per quanto concerne il perseguimento delle strategie regionali, l'Azienda presenta la miglior performance regionale riguardo al contenimento delle fughe dei pazienti per l'alta complessità in altre Aree Vaste e fuori regione (B12.1), mentre può migliorare sulla capacità di attrarre pazienti da altre regioni (B12.2). Si conferma ancora molto critico l'indicatore relativo alla tempestività nell'invio dei dati al sistema informativo regionale (B8).

Rispetto alla valutazione socio-sanitaria, emerge un punto di debolezza in relazione all'efficienza del ricovero, riguardo sia alla degenza media pre-operatoria (C3) sia all'indice di performance di degenza media (C2a), anche se in miglioramento rispetto all'anno precedente. Critica l'appropriatezza chirurgica (C4), in particolare sulla percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici nei Day-Hospital (C4.1.2) e sui Drg LEA chirurgici effettuati in Day-Surgery (C4.12); continua, invece, il trend positivo sulla percentuale di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno (C4.4).

Sul versante dell'appropriatezza medica (C.14) si rileva una performance negativa, anche se in lieve miglioramento, nella percentuale di ricoveri medici oltre soglia globale (C14.4.1), che evidenzia difficoltà da parte della ASF ad organizzare percorsi tempestivi per facilitare le dimissioni di pazienti fragili.

Per quanto concerne la qualità di processo (C5.a), l'Azienda mostra un'ottima performance in relazione alla percentuale di appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni (C5.11) e buona sulle prostatectomie transuretrali (C5.3), mentre appare ancora assai critici la percentuale di fratture di femore operate entro due giorni (C5.2), peggior dato regionale. Nel 2011 è in corso una riorganizzazione del percorso chirurgico in ortopedia che permetterà di ottenere sensibili miglioramenti. La qualità di esito (C5b), ossia la percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni, appare migliorabile, sia dal lato dei ricoveri medici che chirurgici.

L'indicatore che misura le performance del rischio clinico (C6) mostra ancora delle debolezze, soprattutto nello sviluppo del sistema di incident reporting (C6.2): sono ancora poco diffusi sia gli audit che le rassegne di mortalità e morbidità e vi sono criticità anche per quanto riguarda la capacità di controllo delle cadute (C6.6) e le buone pratiche attestate (C6.5); nota positiva invece per quanto riguarda l'indice delle richieste di risarcimento (C6.1).

Per quanto riguarda l'indicatore di performance del percorso Materno-infantile, nel confronto con le altre aziende ospedaliere l'Azienda registra il miglior dato sulla percentuale di parti cesarei, sebbene rispetto alle aziende territoriali esistano ancora margini di miglioramento.

In merito alla valutazione esterna, bassa la percentuale di dimissioni ospedaliere volontarie da parte dei pazienti (D18), che indicano una buona soddisfazione degli utenti.

Relativamente alla valutazione interna, migliorano gli indicatori che misurano la percentuale di partecipazione alle indagini di clima interno (E1) e il tasso di infortunio dei dipendenti (E3), evidenziando un processo di cambiamento organizzativo in atto.

T - Aou Careggi 2010

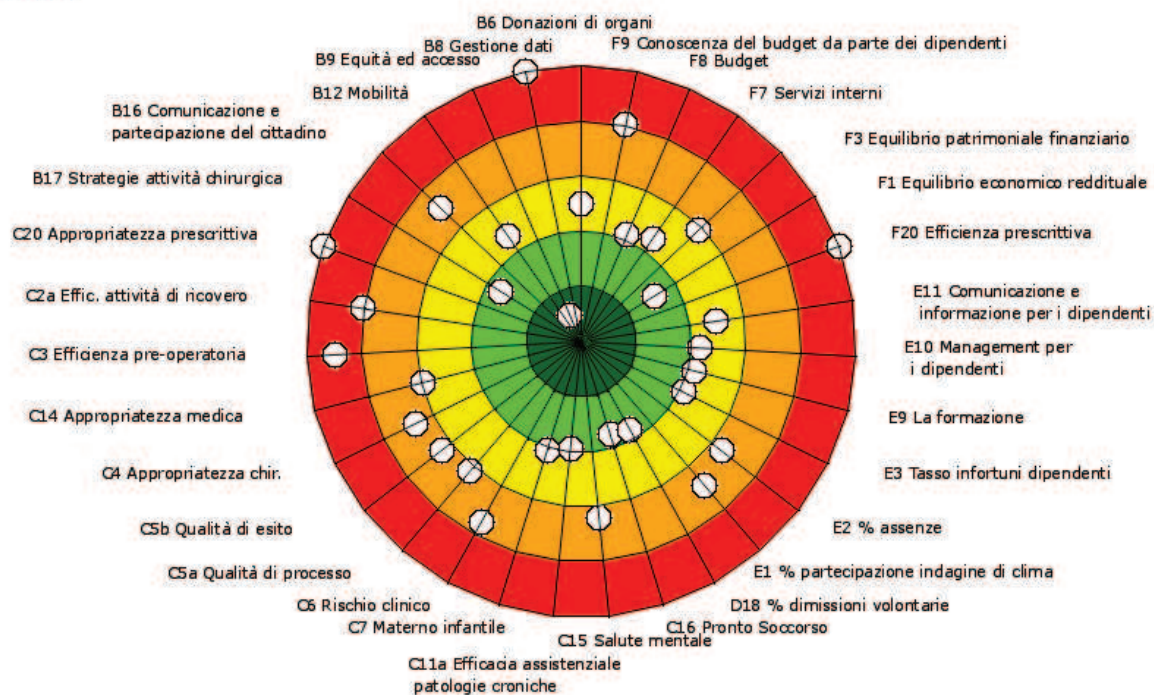


Fig.29. Sistema di valutazione 2010 della AOU Careggi

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
B12.1.1.1	Percentuale di fughe extra Area Vasta
B12.1.1.2	Percentuale di fughe extra Area vasta per DRG ad alta complessità
B12.1.2.1	Percentuale di fughe extra regionali totali (2009)
B12.1.2.2	Percentuale di fughe extra regionali per DRG ad alta complessità (2009)
B17.3	Fughe extra regione per alta specialità chirurgica (AOU) (2009)

Fig.30. Best Practices della AOU Careggi

La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer, in quanto ospedale pediatrico di riferimento regionale, presenta delle peculiarità in relazione alla fascia di età degli utenti a cui si rivolge e, per questo motivo, molti degli indicatori del sistema di valutazione vanno letti alla luce di tale specificità.

La performance dell'anno 2010 è molto buona e presenta 5 indicatori in fascia verde scuro, 11 indicatori in fascia verde, 3 in fascia gialla, 3 in fascia arancione e 3 in fascia rossa.

Per quanto concerne il perseguimento delle strategie regionali, l'indicatore che misura la mobilità (B12) mostra una best practice regionale, con ottima percentuale di attrazioni extra-regione e best practice per i DRG ad alta complessità, in ulteriore miglioramento rispetto agli anni precedenti.

Rispetto alla valutazione socio-sanitaria, si conferma molto positivo il dato relativo all'efficienza del ricovero sia riguardo alla degenza media per acuti (C2a) sia alla degenza media pre-operatoria per gli interventi chirurgici programmati (C3).

Si osserva anche un'ottima performance in relazione all'appropriatezza chirurgica (C4), sia con riferimento alla percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici per ricoveri ordinari che per i Day-Hospital, con un notevole miglioramento rispetto al dato dell'anno precedente, dal 29% all'8%.

Dal lato dell'appropriatezza medica (C14), invece, si registrano alcuni punti di debolezza nella percentuale dei ricoveri in Day-Hospital medico con finalità diagnostica (C14.2) e in relazione alla percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (C14.3), dato tuttavia meno critico con riguardo ai soli pazienti pediatrici.

Per quanto concerne l'indicatore che misura la qualità di esito (C5.b), l'Azienda Meyer ottiene la peggiore performance regionale nel dato della percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni (C5.1), penalizzata soprattutto dai re-ricoveri chirurgici.

Best practice riguardo al Rischio Clinico (C6), con ottimi risultati sullo sviluppo del sistema di incident reporting (C6.2), sia per quanto riguarda la diffusione degli audit che le rassegne di mortalità e morbidità.

Miglior performance anche dal lato delle dimissioni volontarie (D18) che mostrano il dato più basso della Regione, segno che i pazienti e loro familiari sono soddisfatti dell'assistenza ricevuta.

Relativamente alla valutazione interna, peggiora l'indicatore che misura la percentuale di partecipazione alle indagini di clima interno (E1), mentre resta stabilmente positiva la percentuale di assenza (E2) e un'ottima performance nel tasso di infortunio dei dipendenti (E3), grazie ad un miglioramento rispetto agli anni precedenti.

T - Aou Meyer 2010

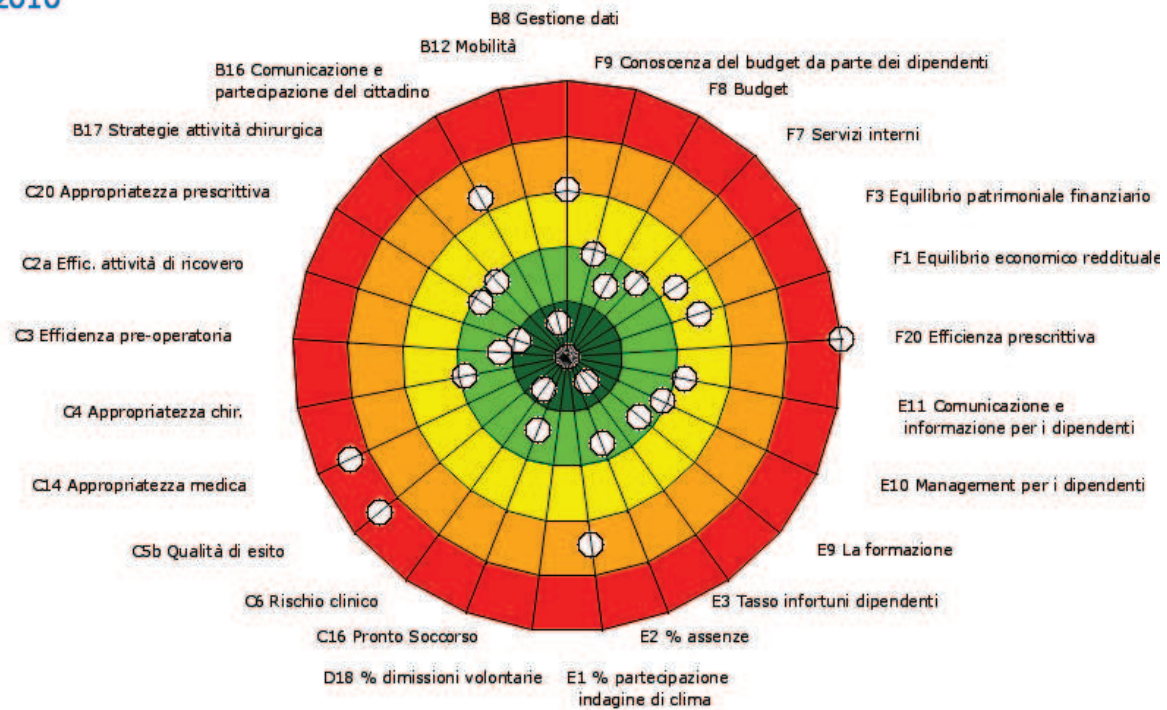


Fig.31. Sistema di valutazione 2010 della AOU Meyer

	Indicatori con la migliore performance a livello regionale
B12.2.2.2	Percentuale di attrazioni extra regione per DRG ad alta complessità
C6.1	Indice di richieste di risarcimento
D18	Percentuale di dimissioni ospedaliere volontarie

Fig.32. Best Practices della AOU Meyer

La performance della Fondazione Monasterio

A partire dall'anno 2010 sono aumentati gli indicatori di performance applicabili alla Fondazione Monasterio, valutati comunque in modo da tenere conto delle peculiarità di tale struttura, ospedale di ricerca di terzo livello specializzato sulle patologie cardiologiche e cardiocirurgiche, sia per pazienti adulti che pediatrico/neonatali.

La performance dell'anno 2010 si conferma molto buona, con 7 indicatori in fascia verde scuro, 7 in fascia verde, 6 in fascia gialla, 2 in fascia arancione e 1 in fascia rossa.

Per quanto concerne il perseguimento delle strategie regionali, l'indicatore che misura la mobilità (B12) è una best practice regionale con ottimi valori nella percentuale di attrazioni extra-regione, soprattutto per i pazienti ad alta complessità, in ulteriore aumento rispetto agli anni precedenti.

Appare molto buono l'indicatore relativo alla tempestività nell'invio dei dati al sistema informativo regionale (B8), tuttavia con trend in peggioramento.

Rispetto alla valutazione socio-sanitaria, si conferma molto positivo, e in ulteriore miglioramento, il dato relativo all'efficienza del ricovero riguardo alla degenza media per acuti (C2a), mentre è meno buono, ma mostra ugualmente un trend positivo, il dato relativo alla degenza media pre-operatoria per gli interventi chirurgici programmati (C3).

Si conferma la best practice regionale in relazione all'appropriatezza chirurgica (C4), con riferimento alla percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici (C4.1).

Dal lato dell'appropriatezza medica (C14), invece, si registrano alcuni punti di debolezza, con la performance negativa registrata nella percentuale dei ricoveri in Day-Hospital medico con finalità diagnostica (C14.2).

Per quanto concerne l'indicatore che misura la qualità di processo (C5.a), la Fondazione Monasterio mostra complessivamente la migliore performance regionale con best practice in relazione alla percentuale di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva (C5.8).

Nella valutazione esterna, le dimissioni volontarie dei pazienti in regime di ricovero ospedaliero (D18) presentano un ottimo risultato, con un valore molto contenuto che dimostra la soddisfazione e la fiducia dei pazienti nella struttura.

Relativamente alla valutazione interna, peggiora sensibilmente la partecipazione dei dipendenti all'indagine di clima interno (E1), anche se va ricordato che il personale aveva preso parte all'indagine di clima solo un anno fa. Restano invece positivi la percentuale di assenza (E2) e il tasso di infortunio dei dipendenti (E3), che segna una ulteriore best practice regionale.

T - Fond. Monasterio 2010

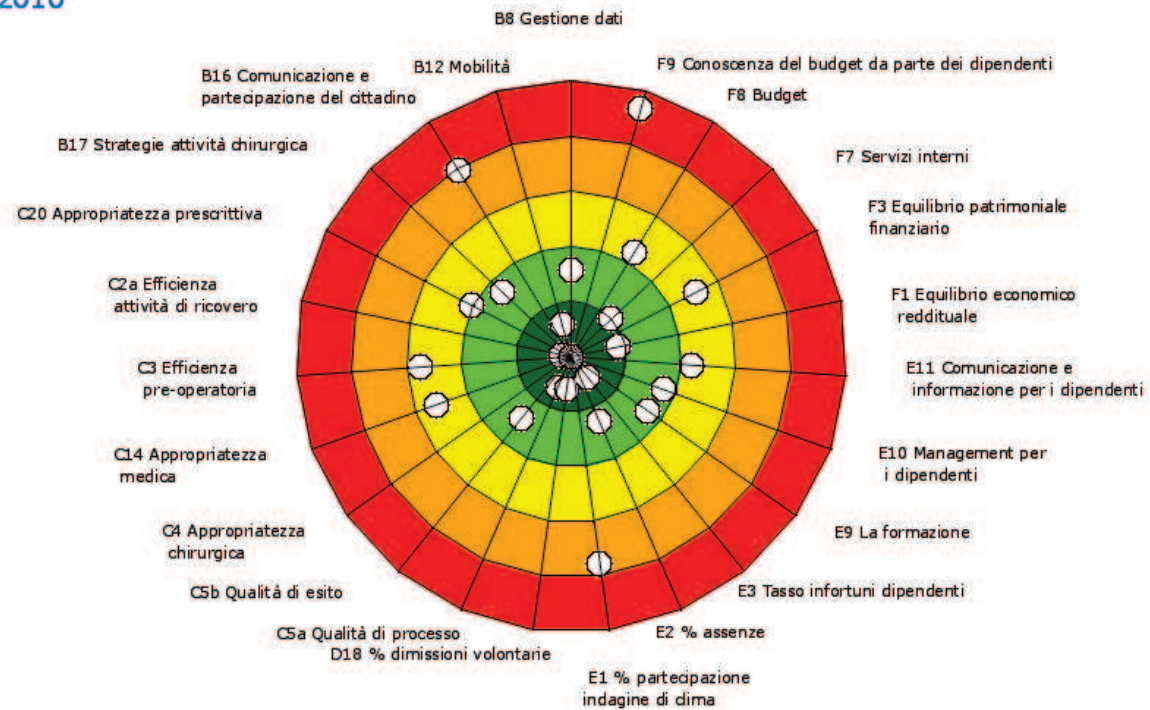


Fig.33. Sistema di valutazione 2010 della AOU Fond. Monasterio

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
C5.7	% di riparazione della valvola mitrale
C5.8	% di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva
E3	Tasso infortuni
F1.1	Equilibrio economico generale (2009)

Fig.34. Best Practices della AOU Fond. Monasterio