

PARTE I

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

a cura di Sabina Nuti e Sara Barsanti

1.1 Il fabbisogno di governance integrata dei sistemi socio-sanitari

Il Laboratorio Management e Sanità ha intrapreso un percorso complesso con l'obiettivo di progettare e implementare un sistema di *governance* integrato a supporto della programmazione e la valutazione dei servizi socio sanitari a livello di zona-distretto, di azienda e per il sistema nel suo complesso. Questo volume presenta il report di valutazione delle Società della Salute/zone-distretto per l'anno 2010, in cui si illustrano sia gli indicatori in uso nel sistema di valutazione della performance adottato dalla Regione Toscana per le aziende sanitarie locali sia indicatori specifici calcolati per SdS/zone-distretto, sia specifici indicatori territoriali. L'obiettivo è quello di fornire alle Società della Salute e alle zone-distretto evidenze sistematiche da considerare sia in fase di predisposizione dei Piani integrati di Salute, sia per aprire un dibattito sul percorso ancora da compiere in termini di indicatori mancanti da condividere e introdurre a supporto della *governance* locale, aziendale e regionale.

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

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

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

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

1.2. La struttura del sistema di valutazione di zona - distretto

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

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

a) **Valutazione della salute della popolazione e caratteristiche socio-demografiche:** è utile chiarire fin da subito che le caratteristiche di una popolazione non indicano la performance né di una azienda né di una zona distretto. Tali caratteristiche sono però di supporto a tutto il processo di programmazione che il territorio deve mettere in atto per rispondere alle esigenze della popolazione a cui esso si rivolge. Una zona, infatti, con un'alta percentuale di anziani, un

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

basso livello di scolarizzazione e un'alta percentuale di famiglie povere dovrà essere il grado di supportare una serie di servizi in materia di anziani, adulti a rischio di povertà, ecc.; tali servizi, invece, saranno implementati in modo diverso in una zona dove, invece, la popolazione è mediamente più giovane, ricca ed istruita. Gli indicatori di questa dimensione rappresentano quindi dei punti di partenza ed arrivo del sistema di valutazione. Gli indicatori di tale area di valutazione analizzano principalmente lo stato di salute della popolazione, attraverso alcuni tassi di mortalità, le caratteristiche demografiche della popolazione, come l'indice di dipendenza e di natalità, le caratteristiche socio-economiche della popolazione, come il livello di istruzione e di povertà. Il Psr, quando propone una «sanità di iniziativa» intende appunto implementare azioni capaci di rispondere in modo specifico ad una domanda «segmentata» in base alle caratteristiche della popolazione a cui si rivolge.

b) **Valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali:** le aziende sanitarie, operando in logica di squadra e non solo come strutture autonome, devono mettere in atto gli orientamenti regionali e le delibere previste a livello regionale. Gli obiettivi e le strategie regionali, infatti, previsti nel Piano sanitario regionale, nel Piano integrato sociale regionale, o in entrambi se si fa riferimento ai servizi integrati, devono poter essere monitorati ad ogni livello, sia di azienda, che di zona-distretto.

Se infatti un obiettivo, come ad esempio la copertura vaccinale, è raggiunto a livello medio aziendale, non è detto che lo stesso obiettivo sia raggiunto da ogni zona facente parte dell'azienda stessa. È importante quindi che tali obiettivi ed indicatori siano declinati fino al livello zonale, al fine di evidenziare le criticità e gli spazi di miglioramento. Tale area, una volta messo a regime il sistema, potrà inoltre comprendere il monitoraggio e la valutazione delle strategie specifiche di zona-distretto e/o di Società della salute richieste dalla regione.

c) **Valutazione socio-sanitaria:** in questa dimensione sono compresi i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema socio-sanitario in particolar modo per la medicina territoriale, l'attività specialistica e diagnostica, la prevenzione, l'attività dei consultori e dei distretti e le attività legate ai servizi di integrazione.

d) **Valutazione esterna:** in questa dimensione si considera il punto di vista della popolazione e degli utenti stessi dei servizi di SdS/zona-distretto e delle attività ad essa correlate attraverso la valutazione della soddisfazione e di esperienza.

e) **Valutazione interna:** in questa dimensione viene considerato il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie afferente alle attività e ai servizi erogati esclusivamente dalle zone. Ormai molti studi evidenziano la rilevante correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, il clima organizzativo aziendale e la soddisfazione degli utenti dei servizi erogati. Puntare sul miglioramento dei risultati, quindi, necessita di una rilevante focalizzazione sui sistemi e i meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati. In questa dimensione viene compreso anche il tasso di assenza che rappresenta un indicatore significativo dello stato di «salute organizzativa».

f) **Valutazione economico-finanziaria e di efficienza operativa:** in tale area di valutazione, se per le aziende si verifica la capacità di perseguire le tre condizioni di equilibrio della dinamica economico finanziaria, ossia l'equilibrio reddituale, l'equilibrio monetario, finanziario e patrimoniale, per le zone si misurano la spesa sociale e quella sanitaria territoriale. In questa dimensione sono inoltre oggetto di osservazione indicatori di efficienza operativa che possano evidenziare la produttività delle risorse e l'utilizzo di strumenti gestionali orientati all'ottimizzazione e razionalizzazione dell'uso delle risorse disponibili. Sono quindi oggetto di valutazione il funzionamento dei servizi interni (controllo di gestione, approvvigionamenti, sistema informativo) e la capacità di utilizzo da parte dell'azienda degli strumenti fondamentali di management (meccanismi di programmazione e controllo, formazione, comunicazione interna).

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

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

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

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

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

VALUTAZIONE COLORE FASCIA		PERFORMANCE
4 - 5	VERDE	Performance OTTIMA (PUNTO DI FORZA)
3 - 4	VERDINO	Performance BUONA
2 - 3	GIALLO	Performance MEDIA
1 - 2	ARANCIO	Performance SCARSA
0 - 1	ROSSO	Performance MOLTO SCARSA (PUNTO DI DEBOLEZZA)

Figura 1 Le fasce di valutazione

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



Figura 2 Il bersaglio e le fasce di valutazione

1.3. Gli indicatori del sistema di valutazione della performance di zona distretto

Gli indicatori presenti nel sistema di valutazione delle zone-distretto hanno una struttura ad albero, ovvero sono composti da un indicatore principale che rappresenta la sintesi di alcuni sottoindicatori: a titolo di esempio la valutazione della soddisfazione della popolazione relativa alla medicina di base è data dalla media della valutazione di vari items su cui è stato richiesto un giudizio all'utenza, quali l'organizzazione e i tempi del servizio, la capacità di comunicazione del medico al paziente, la gentilezza e la disponibilità nella relazione, la competenza professionale dimostrata, la capacità di presa in carico e di indirizzo nei percorsi assistenziali, la disponibilità alle visite domiciliari (Nuti, 2008).

Valutazione della Medicina di base



Figura 3 La struttura ad albero degli indicatori

Per il 2010 gli indicatori presenti nel bersaglio sono in totale 42, raggruppati in circa 150 indicatori di sintesi. dal primo report del 2007 gli indicatori sono aumentati considerevolmente sia per la parte sanitaria che per la parte di integrazione socio-sanitaria. Le dimensioni del sistema di valutazione comprendono indicatori alimentati con dati provenienti dal sistema informativo regionale, dai bilanci aziendali e da indagini sistematiche con rappresentatività statistica, realizzate direttamente dal Laboratorio Management e Sanità, come mostrato nella seguente figura.

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

Figura 4 Le fonti dei dati

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

Rispetto al bersaglio aziendale, alcuni indicatori, pur essendo calcolati con la stessa metodologia, compaiono nel bersaglio di zona-distretto secondo una diversa struttura ad albero, proprio per la particolare rilevanza di alcuni aspetti a livello di territorio. Per quanto riguarda invece le indagini di soddisfazione ed esperienza dei pazienti/utenti, gli indicatori sono calcolati considerando la residenza dell'utente che ha risposto all'intervista: se la residenza è la stessa in

cui il paziente ha ricevuto il servizio, viene considerato nel calcolo, altrimenti viene escluso. A partire dal 2009 sono stati sviluppati, in accordo con gli orientamenti regionali, indicatori particolarmente connessi alla valutazione dei servizi di integrazione socio-sanitaria: è il caso dell'indicatore relativo alla non autosufficienza e dell'indicatore relativo a famiglie e minori, entrambi nella dimensione di valutazione B e dell'indicatore relativo alla salute mentale, nella dimensione C. Quest'ultima dimensione inoltre comprende indicatori specifici dedicati alla cronicità in linea con gli indicatori utilizzati nell'implementazione del Chronic Care Model: in particolare per diabete, polmonite, BPCO e scompenso sono stati calcolati sia i relativi tassi di ospedalizzazione, sia indicatori specifici di processo, sia le prevalenze; mentre per ictus ed ipertensione sono stati calcolati indicatori di processo¹. Per quanto riguarda invece le indagini di soddisfazione della popolazione, gli indicatori si riferiscono all'indagine sull'esperienza dei cittadini toscani sui servizi distrettuali e sul percorso materno-infantile. Per quanto riguarda infine gli indicatori della dimensione di valutazione A, relativa allo stato di salute e caratteristiche socio-demografiche, gli indicatori sulla mortalità presenti, forniti dall'ISPO, si riferiscono al triennio 2006-2008 e sono standardizzati tramite la popolazione europea. Nuovo indicatore per il 2010 riguarda gli screening oncologici, il cui dato viene fornito dall'ISPO per la prima volta a livello di zona-distretto. La figura seguente mostra gli indicatori presenti nel sistema di valutazione per l'anno 2010. In arancione sono rappresentati i nuovi indicatori per il 2010 ed in corsivo sono rappresentati gli indicatori non di valutazione.

Codice	Indicatori e sottoindicatori
VALUTAZIONE SALUTE DELLA POPOLAZIONE E CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE (A)	
A2	Mortalità tumori
A3	Mortalità per malattie circolatorie
A4	Mortalità per suicidi
A5	Tasso di anni di vita potenzialmente persi (PYLL)
A8	Indice di vecchiaia
A9	Indice di dipendenza globale
A11	Tasso di natalità
CAPACITA' PERSEGUIMENTO STRATEGIE REGIONALI (B)	
B5	Estensione ed adesione allo screening
B5.1	Screening Mammografico
B5.1.1	<i>Estensione corretta dello screening mammografico</i>
B5.1.2	<i>Adesione corretta dello screening mammografico</i>
B5.2	Screening cervice uterina
B5.2.1	<i>Estensione corretta dello screening della cervice uterina</i>
B5.2.2	<i>Adesione corretta dello screening cervice uterina</i>
B5.3	Screening coloretale
B5.3.1	<i>Estensione corretta dello screening coloretale</i>
B5.3.2	<i>Adesione corretta dello screening coloretale</i>
B7	Copertura vaccinale
B7.1	<i>Copertura per vaccino MPR</i>
B7.2	<i>Copertura per vaccino antinfluenzale >= 65anni</i>
B13	Continuità assistenziale percorso materno infantile
B16	Comunicazione e partecipazione del cittadino
B17	Attività fisica
B17.1	<i>Percentuale sedentari</i>
B17.2	<i>Sedentari consigliati di fare attività fisica</i>
B18	Situazione nutrizionale
B18.1	<i>percentuale persone obese</i>
B18.2	<i>Sovrappeso o obesi consigliati di perder peso</i>
B18.3	<i>Sovrappeso o obesi consigliati di fare attività fisica</i>
B19	Consumo di alcol
B19.1	<i>% bevitori binge e fuori pasto</i>
B19.2	<i>% bevitori binge e fuori pasto consigliati di bere meno</i>
B20	Abitudine al fumo
B20.1	<i>% fumatori</i>
B20.2	<i>% fumatori consigliati di smettere</i>
B21	Non autosufficienza
B22	Famiglie e minori
B22.1	<i>Tasso di minori fuori famiglia ogni 1000 residenti</i>
B22.1.1	<i>Percentuale minori in affidamento</i>
B22.1.2	<i>Percentuale minori in accolti nelle strutture</i>
B22.2	<i>Tasso di minori in affido familiare ogni 1000 residenti</i>
B22.2.1	<i>Percentuale minori stranieri in affidamento</i>
B22.2.2	<i>Percentuale minori stranieri non accompagnati in affidamento</i>
B23	Attività Fisica Adattata (AFA)
B23.1	<i>N. corsi AFA a bassa disabilità su popolazione residente =>65 anni</i>
B23.2	<i>N. corsi AFA ad alta disabilità su popolazione residente =>65 anni</i>

Figura 5a Gli indicatori per l'anno 2010

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

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori
VALUTAZIONE SOCIOSANITARIA (C)	
C1T	Capacita' di governo della domanda
C1T.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 residenti
C1T.1.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato ricoveri ordinari per 1.000 residenti
C1T.1.1.1	Tasso ospedalizzazione standardizzato ricoveri ordinari urgenti per 1.000 residenti
C1T.1.2	Tasso ospedalizzazione standardizzato Day-hospital per 1000 residenti
C1T.1.2.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH medico per 1000 residenti
C1T.1.2.2	Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH chirurgico per 1000 residenti
C1T.2	Tasso ospedalizzazione standardizzato DRG Medici acuti 0-64 anni per 1000 residenti
C4T	Appropriatezza medica
C4T.1	DRG LEA medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti
C9	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica
C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi)
C9.2	% di abbandono di pazienti in terapia con statine (ipolipemizzanti)
C9.3	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina (Antipertensivi)
C9.4	Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)
C9.5	Consumo di altri antidepressivi (Antidepressivi)
C9.6.1.2	% pazienti aderenti alla terapia con statine
C9.9.1.1	% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi
C9.11	% pazienti aderenti alla terapia con antidepressivi
C12T	Scompenso
C12T.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti 50-74 anni
C12T.2	% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina, sodio e potassio
C12T.3	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con terapia con ACEinibitore - sartani
C12T.4	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con terapia con beta-bloccante
C13T	Polmonite
C13T.1	Tasso di ricovero per polmonite per 100.000 residenti 20-74 anni
C14T	Diabete
C14T.1	Tasso ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti 20-74 anni
C14T.2	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata
C14T.3	% residenti con Diabete con almeno un esame della Retina
C15T	BPCO
C15T.1	Tasso ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni
C16T	Integrazione ospedale - territorio
C16T.1	Percentuale di ricoveri con degenza superiore a 30 giorni per residenza
C16T.2	Tasso di dimissioni con attivazione di assistenza domiciliare integrata per 100.000 abitanti
C16T.3	Tasso di ospedalizzazione standardizzato ricoveri ordinari oltresoglia per 100.000 residenti
C18T	Salute Mentale
C18T.1	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni
C18T.2	N. medio di ricoveri per paziente psichiatrico maggiorenne
C18T.3	Tasso di ricovero con patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni
C18T.4	Tasso di ricovero con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni
C18T.5	% di TSO sui dimessi maggiorenni con patologie psichiatriche per residenti
C19T	Materno infantile
C19T.1	Tasso di concepimento minorenni
C19T.2	Tasso IVG per 1.000 residenti
C19T.3	Tasso IVG straniere per 1.000 residenti
C19T.4	% donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (>=12 ^a settimana di gestazione)
C19T.5	% donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <=4

Figura 5b Gli indicatori per l'anno 2010

C20T	Tasso di prestazioni diagnostica per immagini
C20T.2.1	Tasso di prestazioni TAC
C20T.2.2	Tasso di prestazioni RMN
C20T.2.2.1	Tasso di prestazioni RMN muscolo scheletriche >=65 anni
C20T.2.3	Tasso di prestazioni Ecocolordoppler
C21T	Pediatria di base
C21T.1	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)
C21T.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti (2-17 anni)
C21T.3	Tasso di ricoveri in pediatria per 100 residenti (0-14 anni)
C22T	Ictus
C22T.1	% residenti con Ictus in terapia con terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.
C23T	Ipertensione
C23T.1	% residenti con Ipertensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico
VALUTAZIONE ESTERNA (D)	
D15a	Soddisfazione complessiva servizi distrettuali
D15a.1.1	Organizzazione complessiva
D15a.1.2	Orari di apertura
D15a.2	Gentilezza del personale
D15a.3	Professionalità del personale
D17	Soddisfazione percorso materno infantile
D17.1.1	Corso pre-parto
D17.1.2	Presentazione del percorso
VALUTAZIONE INTERNA (E)	
E1	Percentuale di risposta all'indagine di clima interno
E9	L'attività di formazione
E10	Valutazione del Management secondo i dipendenti
E11	Valutazione della Comunicazione e Informazione secondo i dipendenti
VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA (F)	
F7	Servizi Interni
F8	Budget
F9	Conoscenza budget
F12a	Efficienza prescrittiva farmaceutica
F12a.1	% di inibitori di pompa protonica a brevetto scaduto (Antiacidi)
F12a.2	% di statine a brevetto scaduto (Anticoagulante)
F12a.3	% di ACE inibitori non associati a brevetto scaduto (Antipertensivi)
F12a.5	% di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina a brevetto scaduto (Antidepressivi)
F12a.6	% di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto (Antipertensivi)
F12a.7	% di ACE inibitori associati a brevetto scaduto (Antipertensivi)
F12a.8	% di macrolidi a brevetto scaduto (Antibiotici)
F12a.9	% di fluorochinoloni a brevetto scaduto (Antibiotici)
F12a.10	% di altri antidepressivi a brevetto scaduto
F12a.11	% Losartan sui sartani non associati
F12a.12	% Losartan sui sartani associati
F16	Spesa per servizi sociali erogati
F16.1	Compartecipazione utenti
F16.2	Compartecipazione SSN
F16.3	Spesa sociale
F16.3.1	Spesa sociale per ente gestore
F16.3.2	Spesa sociale per area di utenza
F16.3.3	Spesa sociale per macroarea di interventi e servizi sociali

Figura 5c Gli indicatori per l'anno 2010

1.4. Gli indicatori per la valutazione dell'integrazione socio-sanitaria

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

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

Altra criticità è rappresentata dalla mancanza di un flusso informativo sociale, anche a livello nazionale, di dati da cui poter attingere per estrarre le informazioni. Tale criticità è in fase di superamento grazie alla realizzazione di un Osservatorio regionale sociale che possa mettere in rete i diversi Osservatori sociali provinciali. Le informazioni ed i dati relativi a tale ambito non mancano, ma è necessaria una omogeneizzazione e, in alcuni casi, standardizzazione dei dati in modo da poter confrontare le diverse informazioni e arrivare ad un linguaggio comune, necessario sia per il processo di programmazione, che per quello di valutazione. La disponibilità continua e sistemica di informazioni affidabili rappresenta, infatti, un elemento strategico per poter effettuare la programmazione, la gestione e infine la valutazione dei servizi socio-sanitari. Il DLgs 229/99 e il DPCM 14.02.2001 definiscono prestazioni socio-sanitarie «tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione». Nel sistema di valutazione sono stati individuati indicatori che fanno particolare riferimento alle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria. Dal 2007 ad oggi sono stati sviluppati indicatori per l'area anziani, l'area famiglie e minori, l'area salute mentale e l'area immigrati con un focus sul percorso materno-infantile.

L'area anziani include un indicatore riguardante i servizi per la non-autosufficienza (B21): relativamente all'anno 2010 viene presentato solo in maniera descrittiva in quanto tale anno rappresenta un momento di passaggio dall'utilizzo quale fonte dei dati dell'Applicativo regionale per la non autosufficienza e all'utilizzo del Flusso AD-RSA, individuato dalla legge stessa come flusso regionale unico. Il settore della regione toscana «Residenzialità territoriale Cure intermedie e Protezione sociale» in accordo con il settore «Sistema informativo e tecnologie informatiche» ha quindi deciso che il percorso più corretto per tutti i territori che, seppur in modo disomogeneo hanno lavorato all'implementazione del sistema informativo della non autosufficienza, sia quello di pubblicare i dati di entrambe le fonti informatiche. Si presentano quindi, senza elaborazioni, i dati estratti a luglio 2010 da entrambi le fonti, sottolineando che tale duplice fonte è un caso eccezionale limitato all'annualità 2010, mentre a partire dal 01.01.2011 l'unica fonte dati sarà il flusso regionale dell'assistenza domiciliare e delle prestazioni residenziali e semiresidenziali. Per l'anno 2011 in cui unica fonte utilizzata sarà il flusso regionale dell'assistenza domiciliare e delle prestazioni residenziali e semiresidenziali, si prevede di costruire l'indicatore secondo tale schema:

B21 Non Autosufficienza

- B21.1 tasso segnalazioni su popolazione >65anni
- B21.1.3 % casi complessi su totale segnalazioni
- B21.1.4 % prese in carico da parte di UVM su totale prese in carico
- B21.2 % attivazione servizi
- B21.3 tempo di erogazione della prestazione
- B21.4 liste attese RSA
- B21.5 liste attese AD

Per l'area dedicata a famiglie e minori (B22) sono stati calcolati indicatori riguardanti i minori fuori famiglia (B22.1), ovvero il tasso di minori fuori famiglia ogni 1000 residenti (B22.1.1), con la percentuale di dettaglio di minori in affido e minori accolti nelle strutture, e ai minori stranieri in affido familiare (B22.2), con la percentuale di dettaglio di minori stranieri in affidamento e minori stranieri non accompagnati in affido familiare. Quando un minore viene allontanato dal proprio nucleo familiare su disposizione del giudice ci troviamo sicuramente davanti ad una situazione giunta alla fase di non recupero e quindi tale provvedimento è indicativo del grado di fallimento di tutti i possibili interventi sociali che potevano essere attivati prima di tale decisione. In questo senso l'indicatore relativo al tasso di allontanamento dei minori è stato considerato una misura proxy della capacità dei servizi sociosanitari di intervenire nei processi di recupero delle relazioni familiari per mantenere il minore nel proprio nucleo familiare. Gli indicatori invece relativi ai minori stranieri sono stati inclusi in quanto tale realtà merita un monitoraggio specifico e continuo considerando la sua rapida evoluzione

e crescita. Tali indicatori, raccolti dal settore regionale Cittadinanza Sociale, si riferiscono all'anno 2009, in quanto non ancora disponibili i dati per l'anno successivo.

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

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

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

Per quanto riguarda l'area materno infantile per la popolazione straniera, gli indicatori inseriti di osservazione per l'anno 2010 sono:

- Tasso IVG straniere per 1.000 residenti (C19T.3);
- % donne straniere che effettuano la prima visita tardiva ($\geq 12^a$ settimana di gestazione) (C19T.4);
- % donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza ≤ 4 (C19T.5).

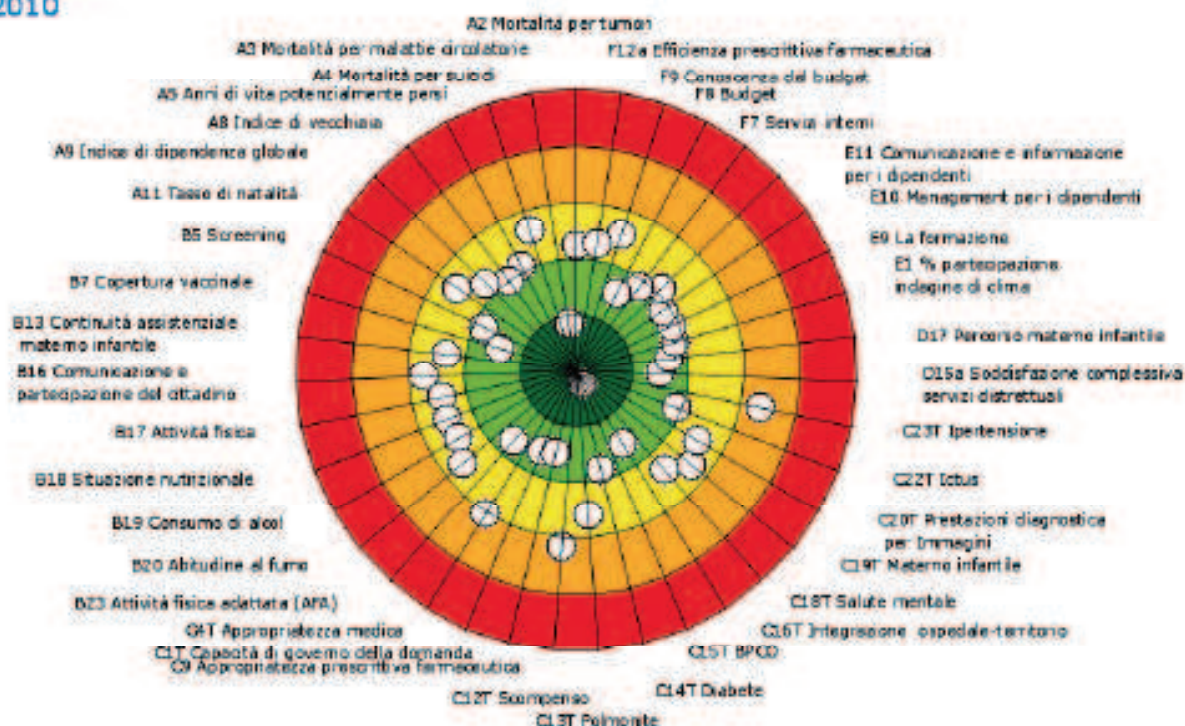
L'indicatore relativo invece al tasso di dimissioni in ADI presenta ancora alcune difficoltà avendo valori, sia in termini assoluti che relativi, piuttosto bassi e assai diversi tra SdS/zone-distretto: ciò può essere dovuto ad una cattiva o incompleta compilazione del campo di riferimento nella scheda di dimissione ospedaliera.

1.5. I prospetti di sintesi dei risultati delle 34 SdS/zone-distretto toscane

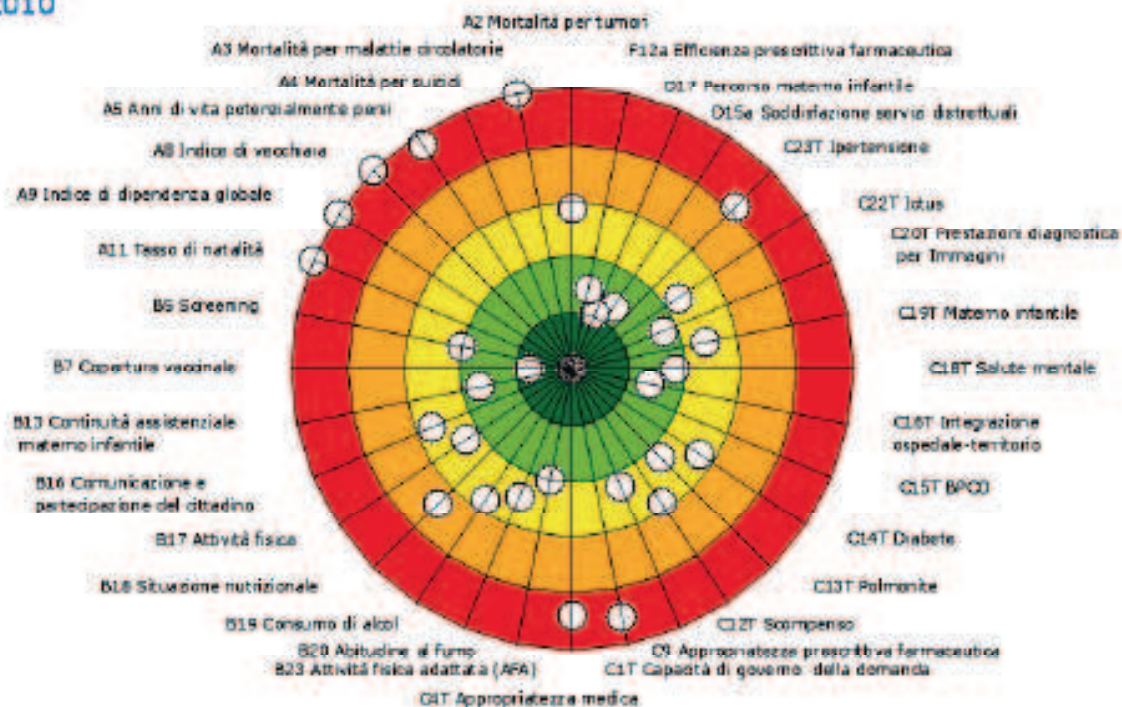
Di seguito si riportano i bersagli per l'anno 2010 di ciascuna delle zone-distretto e delle Società della Salute del sistema sanitario toscano in ordine di Azienda Sanitaria. Si è infatti ritenuto necessario dotare il management sanitario e i direttori delle aziende dello stesso strumento di *governance* per le SdS/zone-distretto utilizzato per la valutazione delle aziende. Tale prospetto di sintesi non è certamente esaustivo, ma rappresenta una modalità con cui poter leggere efficacemente i risultati delle zone-distretto in maniera sintetica e chiara. Vari possono comunque essere gli strumenti di *governance* con i quali è possibile leggere in maniera critica i risultati di sintesi delle zone ed il Laboratorio MeS, in collaborazione con la Direzione Regionale, sta già sperimentando altre forme di rappresentazione che siano in grado anche di dare una lettura dinamica dei fenomeni e dei processi in corso.

A partire dal 2007 il sistema di valutazione, sia aziendale che di zona-distretto, è accessibile per tutti gli operatori ed il management sanitario tramite password via web al seguente indirizzo <http://performance.sssup.it/toscana>.

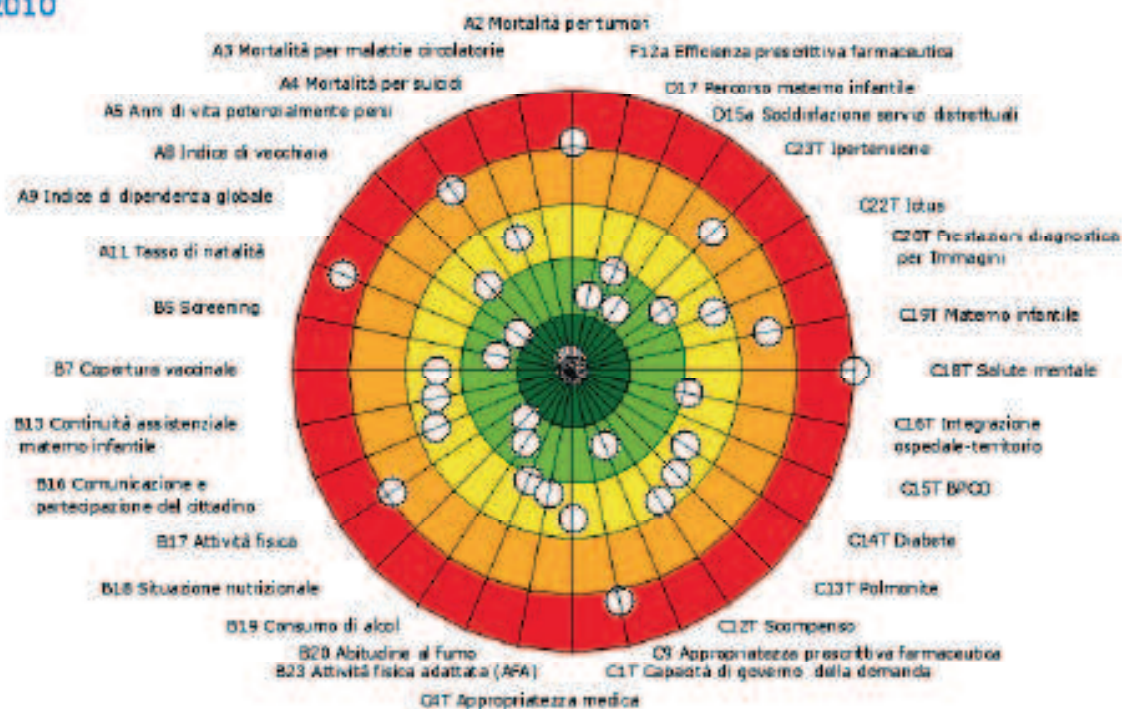
Toscana 2010



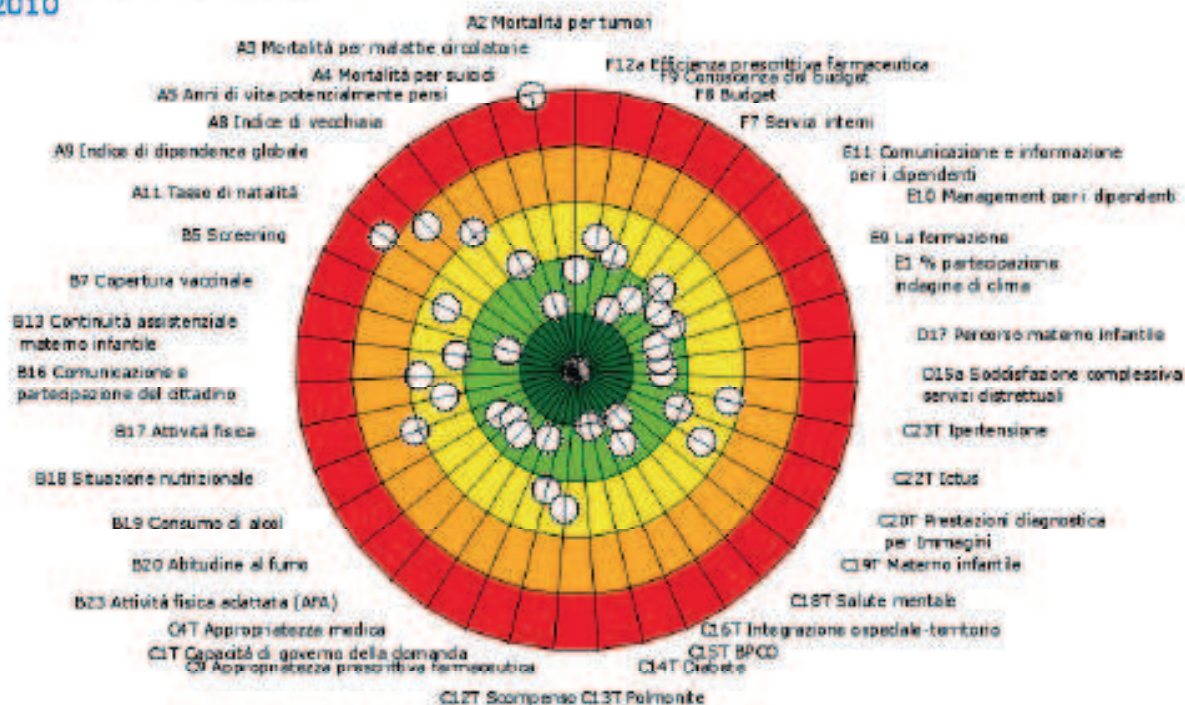
101 - Lunigiana 2010



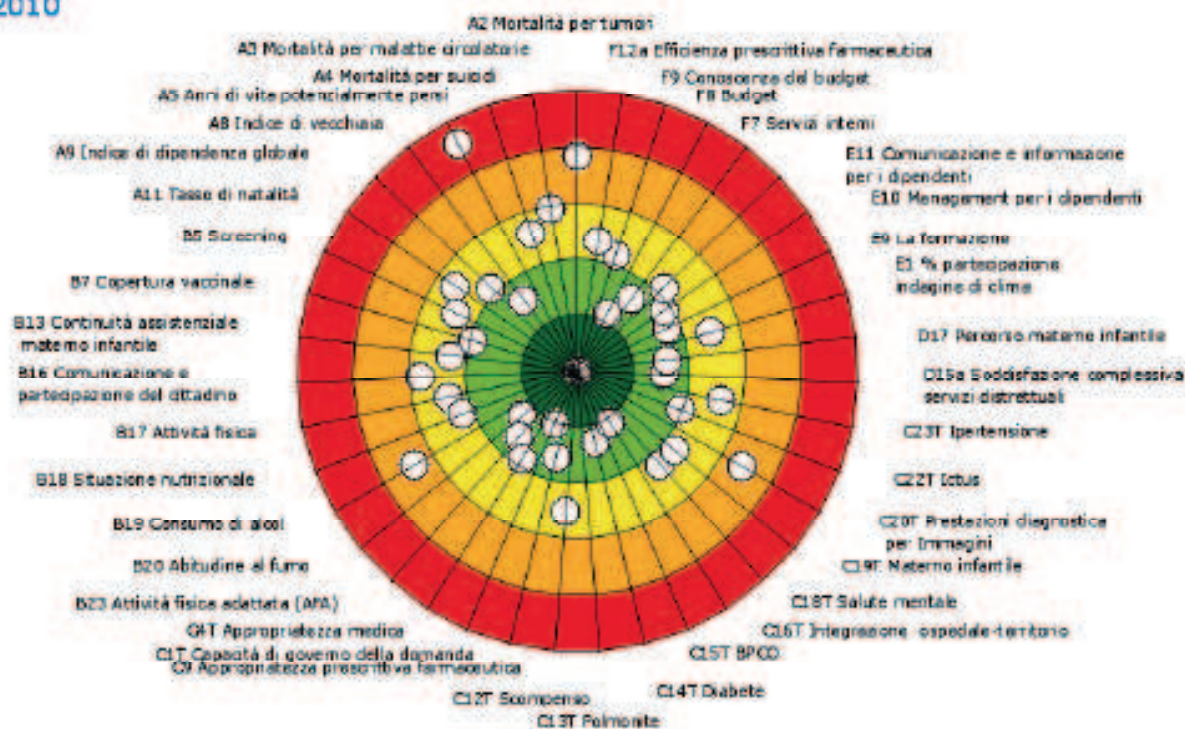
101 - Apuane 2010



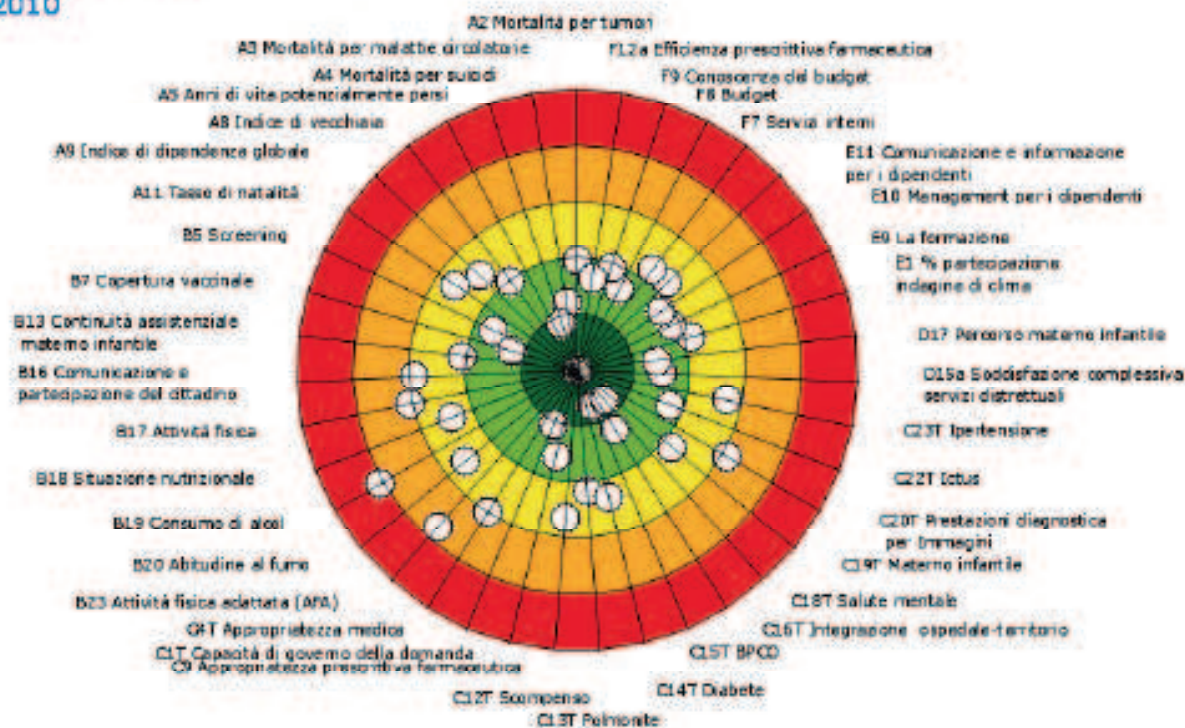
102 - Valle del Serchio 2010



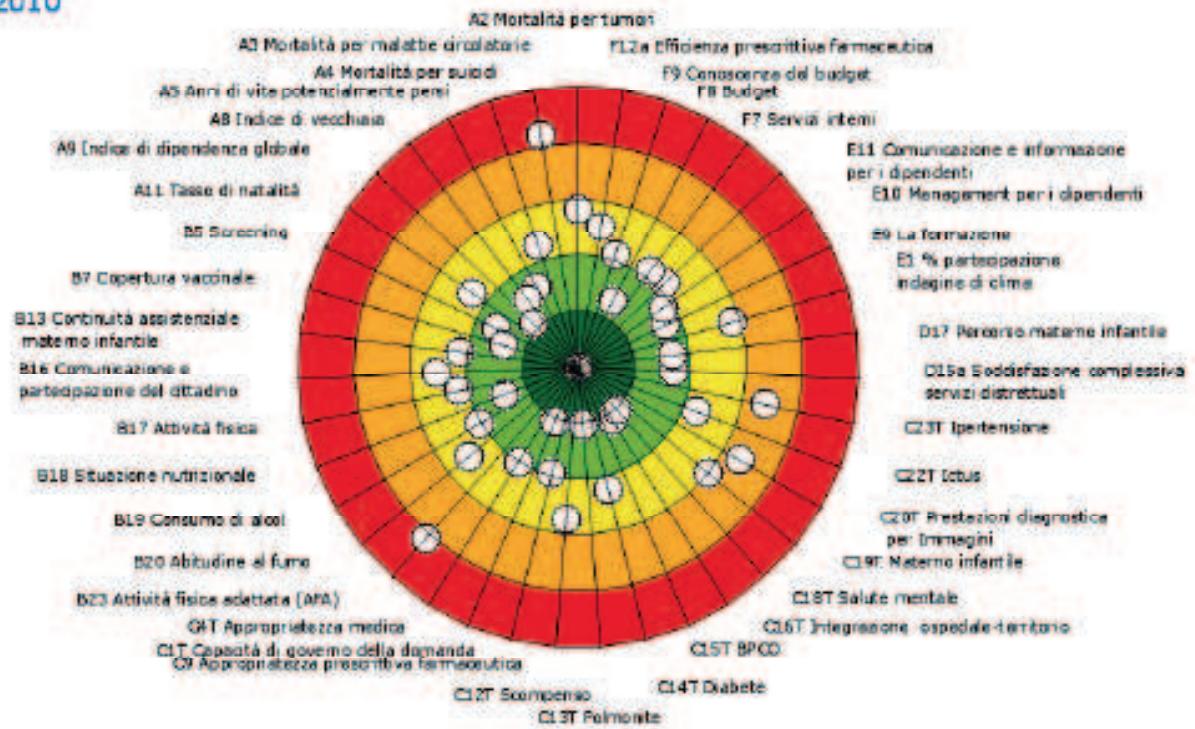
102 - Piana di Lucca 2010



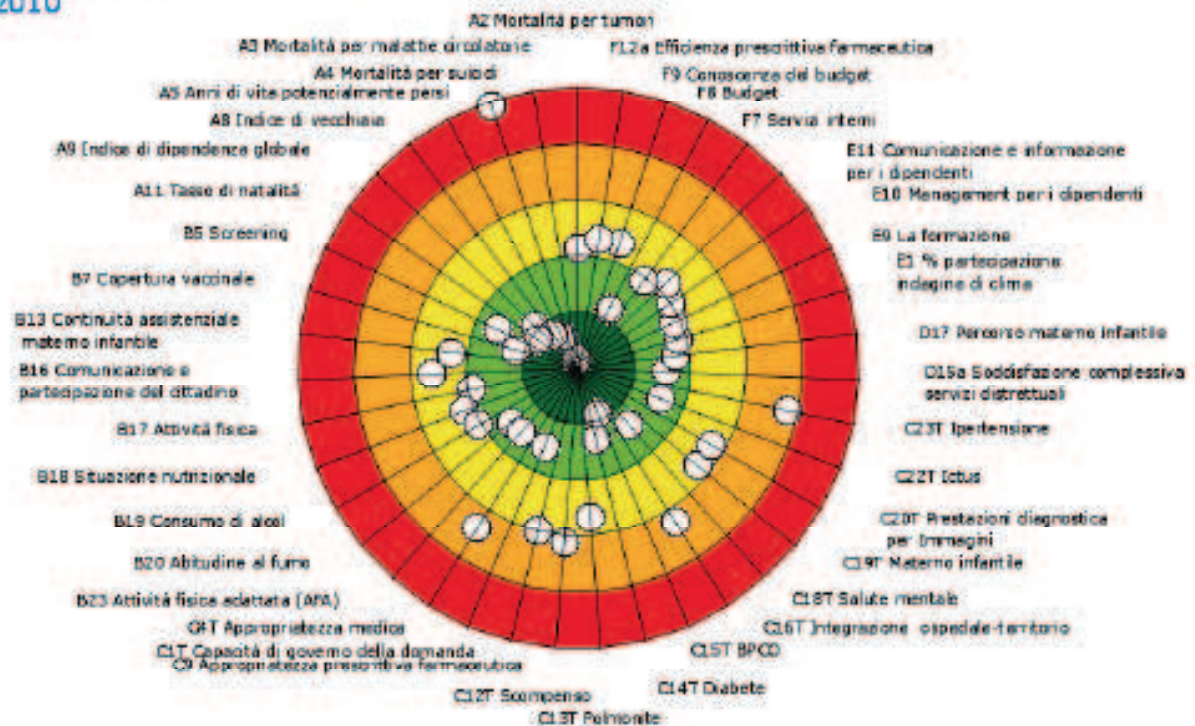
103 - Pistoiese 2010



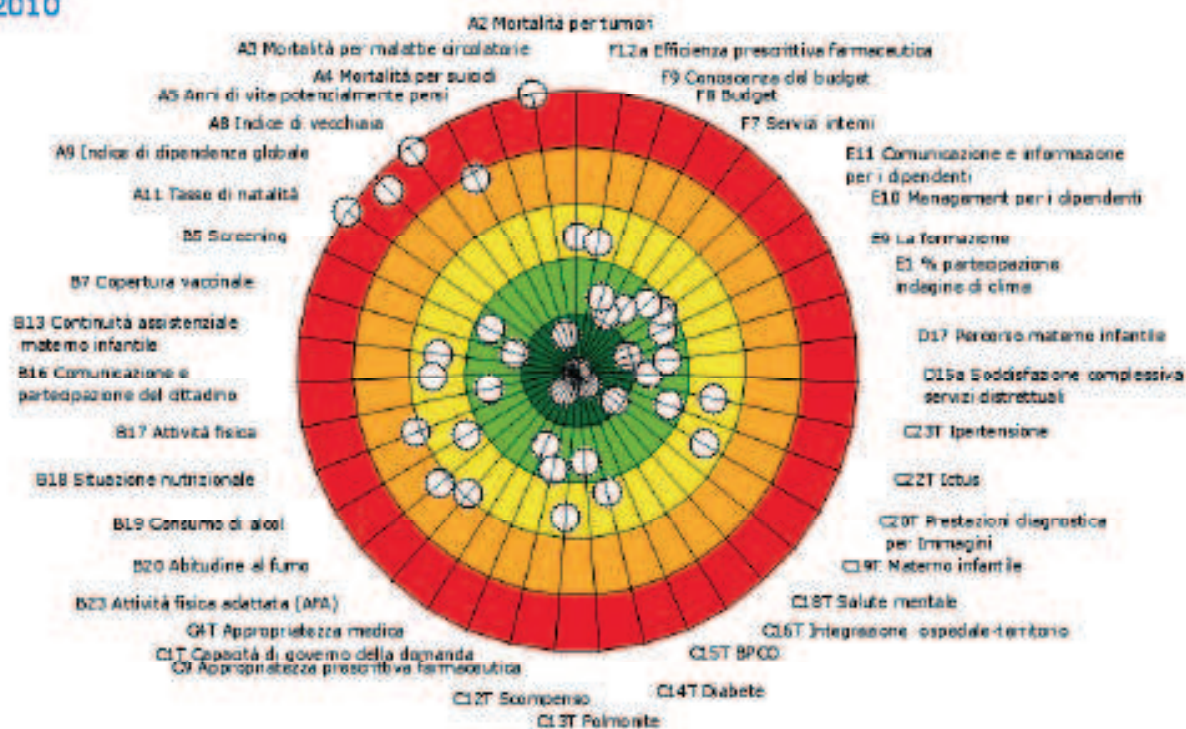
103 - Val di Nievole 2010



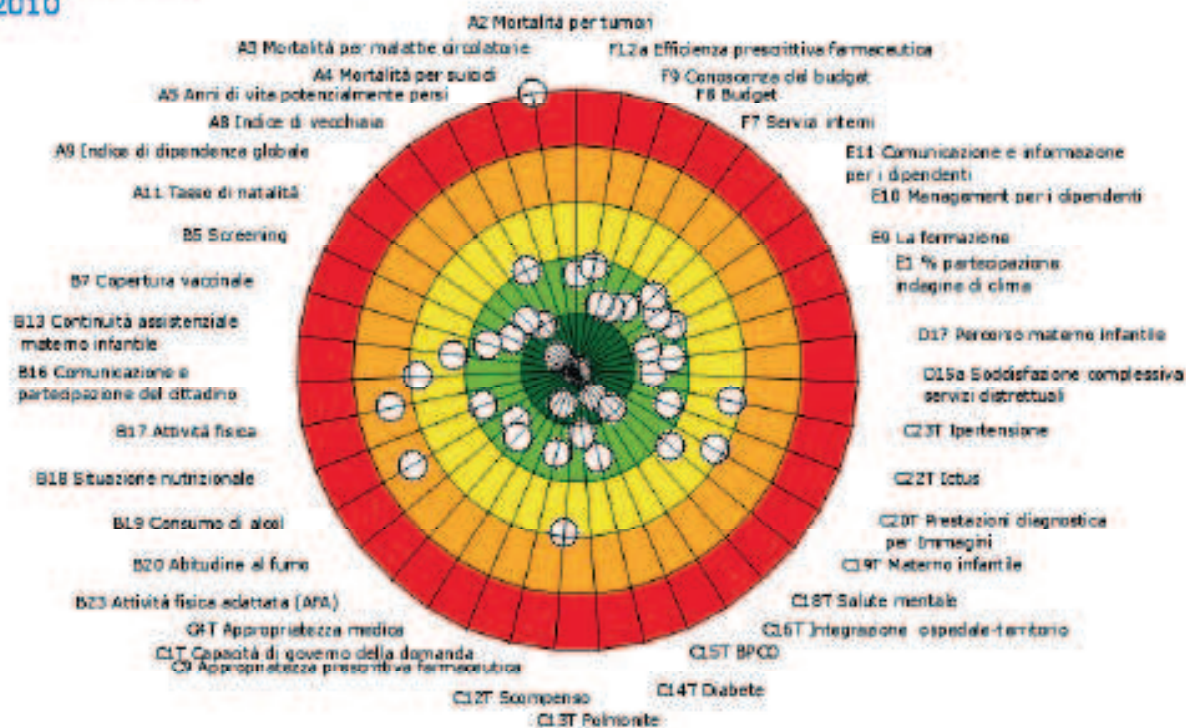
104 - Pratese 2010



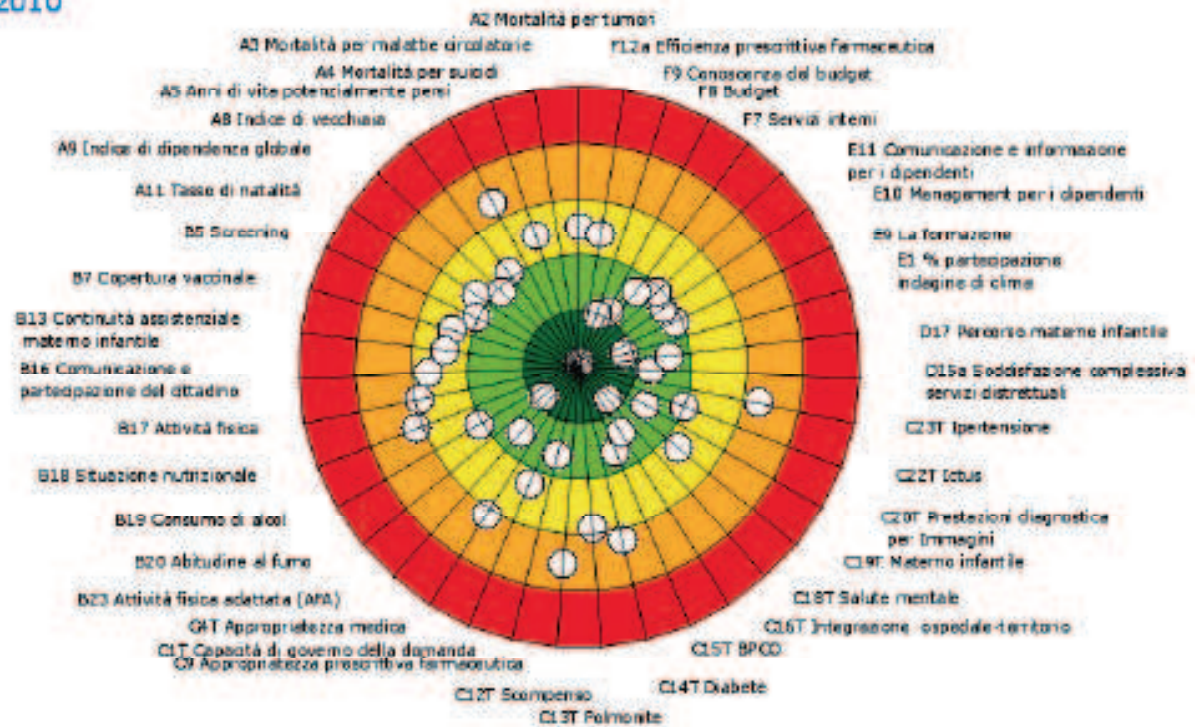
105 - Alta Val di Cecina 2010



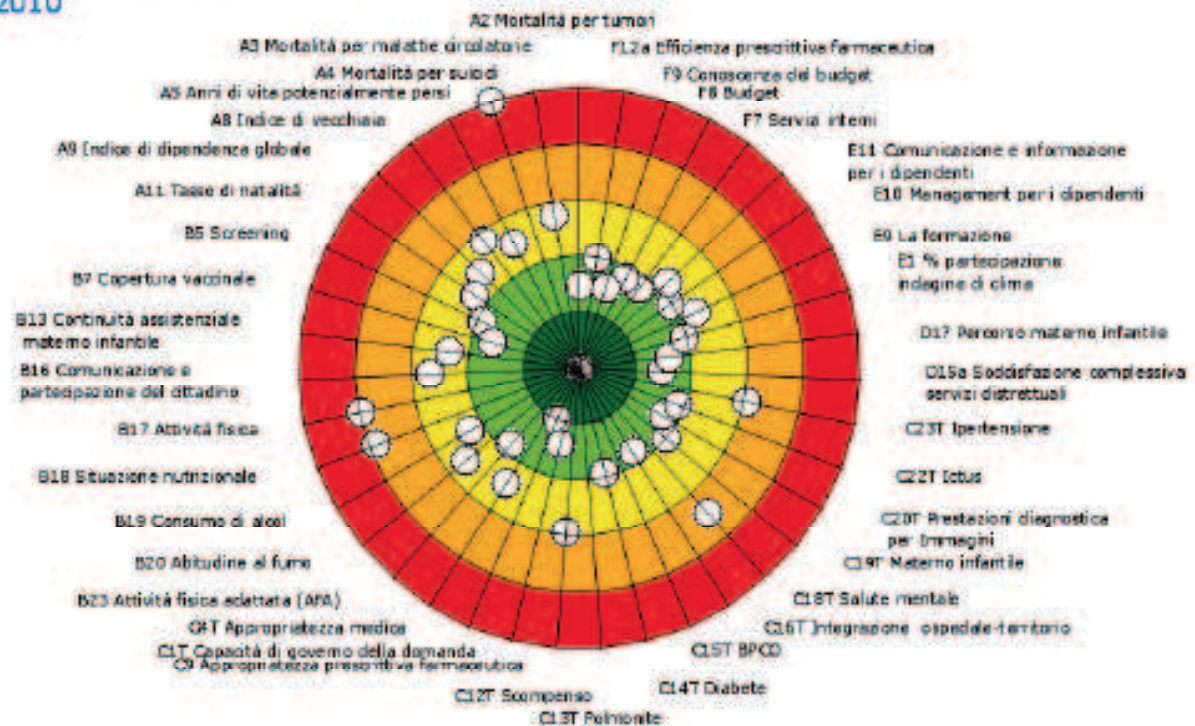
105 - Val d'Era 2010



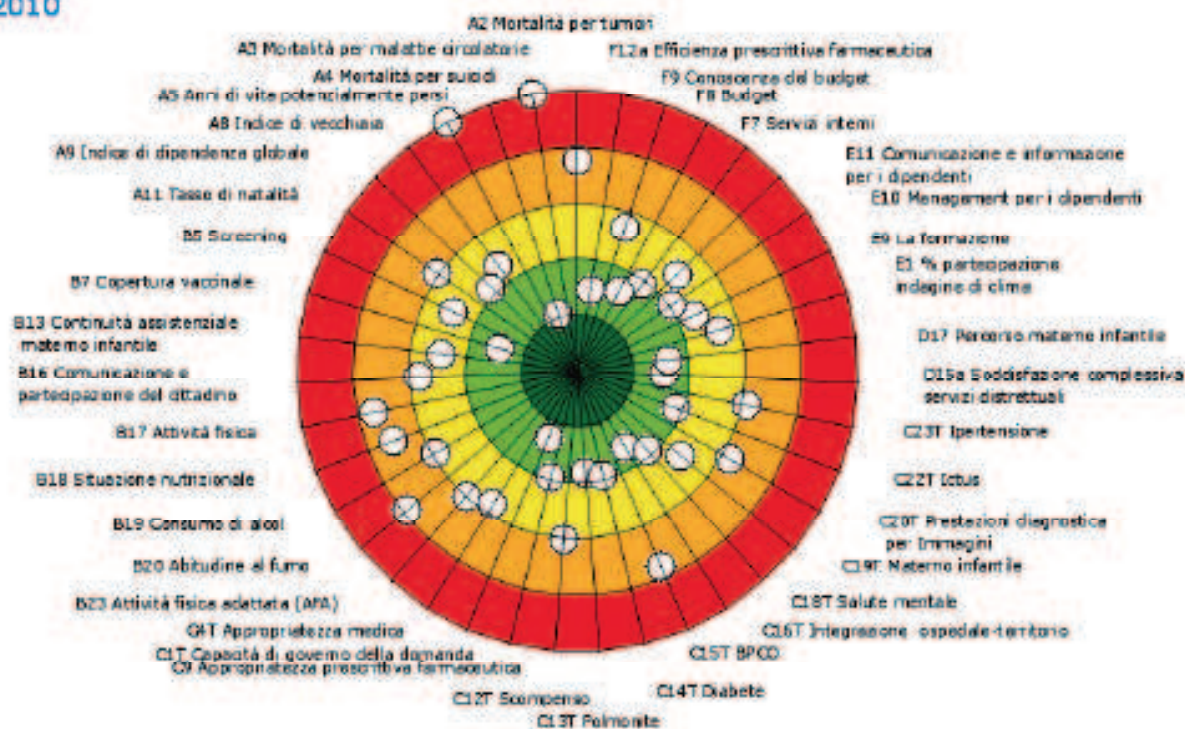
105 - Pisana 2010



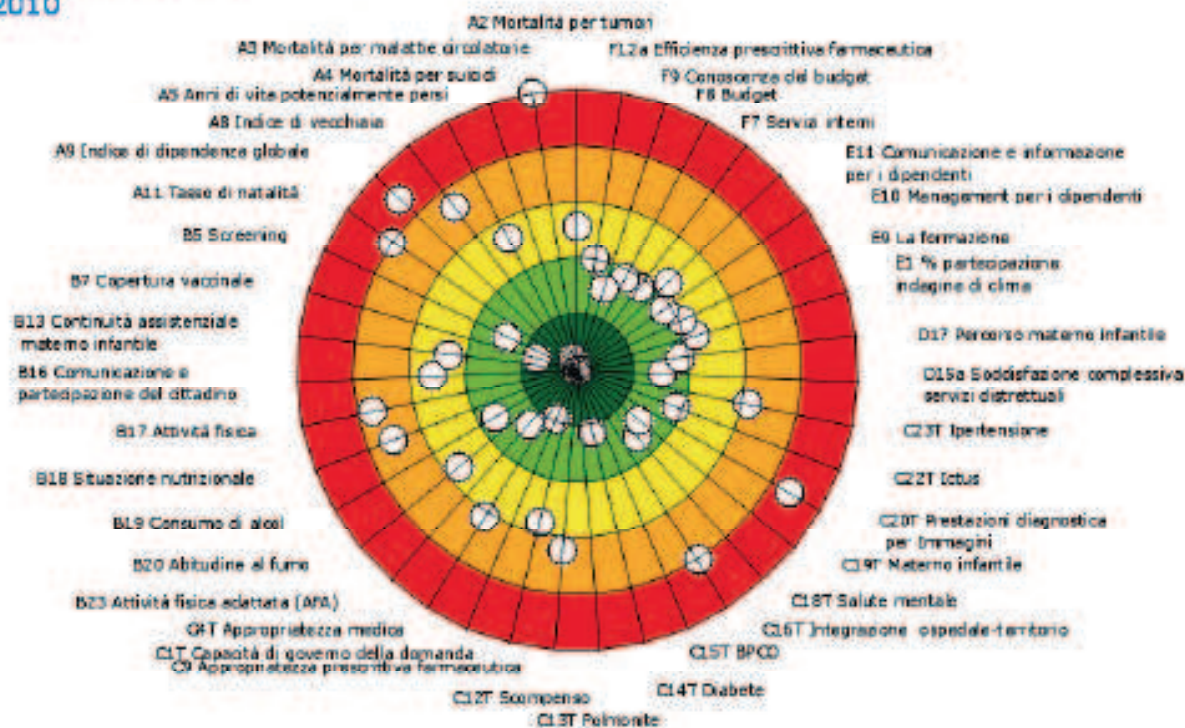
106 - Ba. Val di Cecina 2010



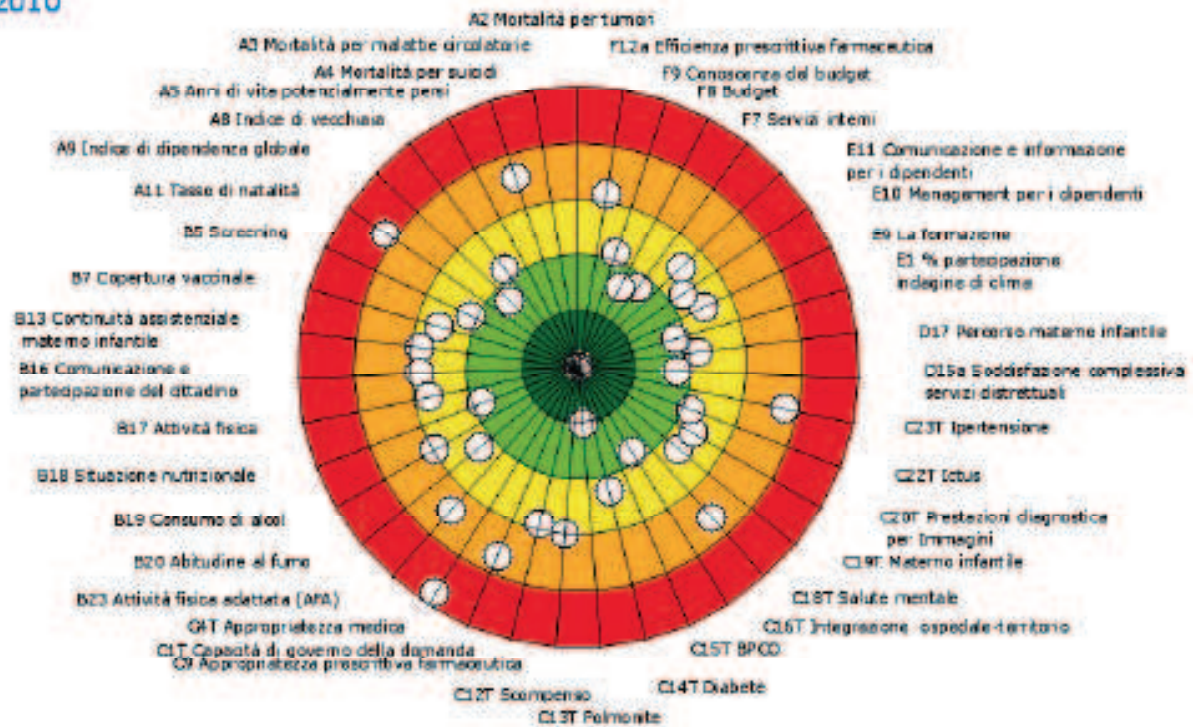
106 - Livornese 2010



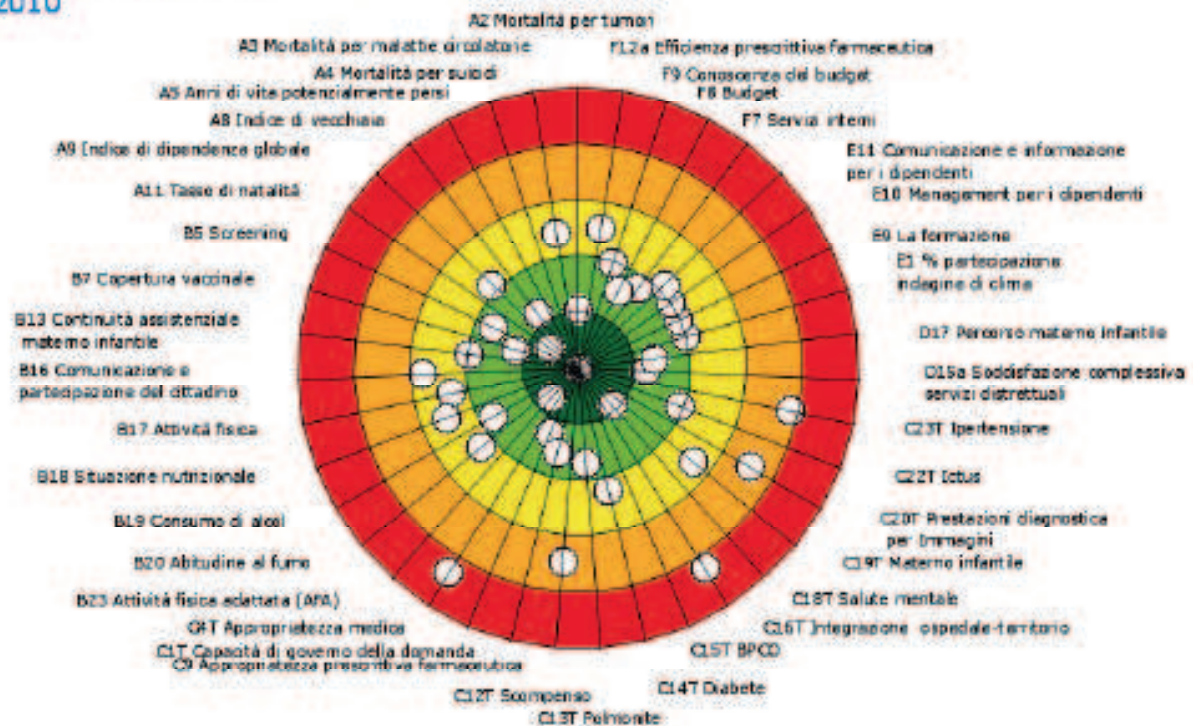
106 - Val di Cornia 2010



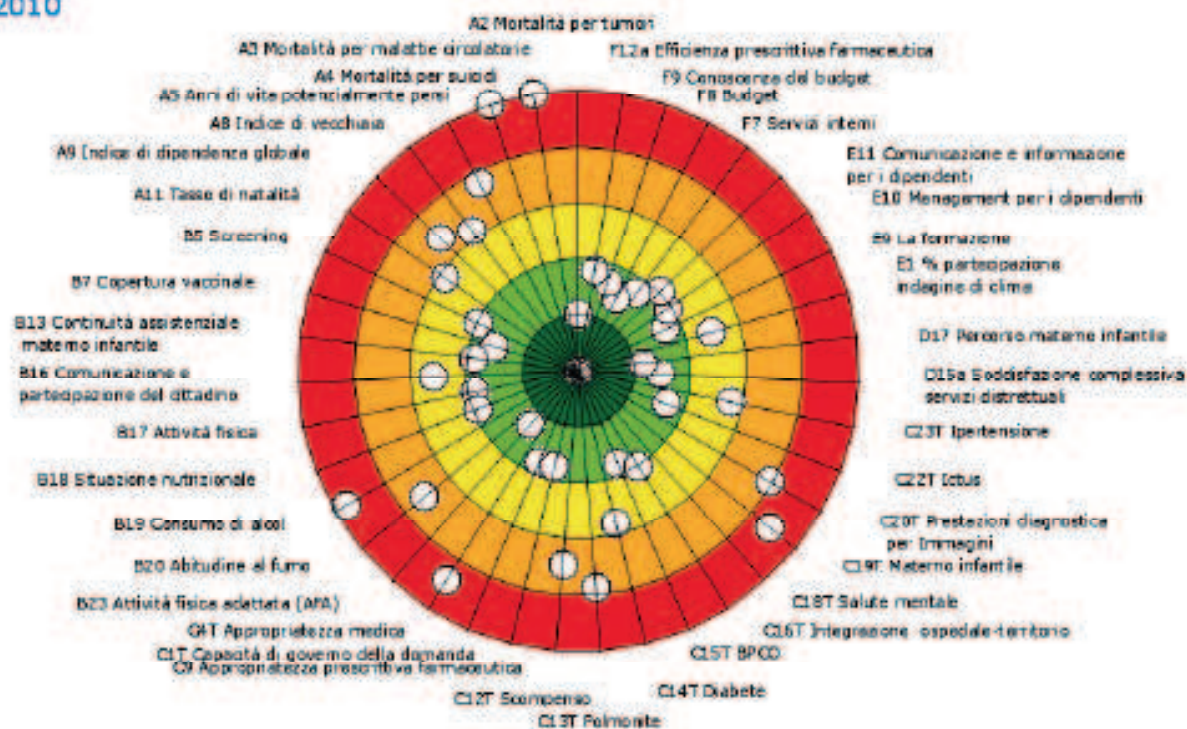
106 - Elba 2010



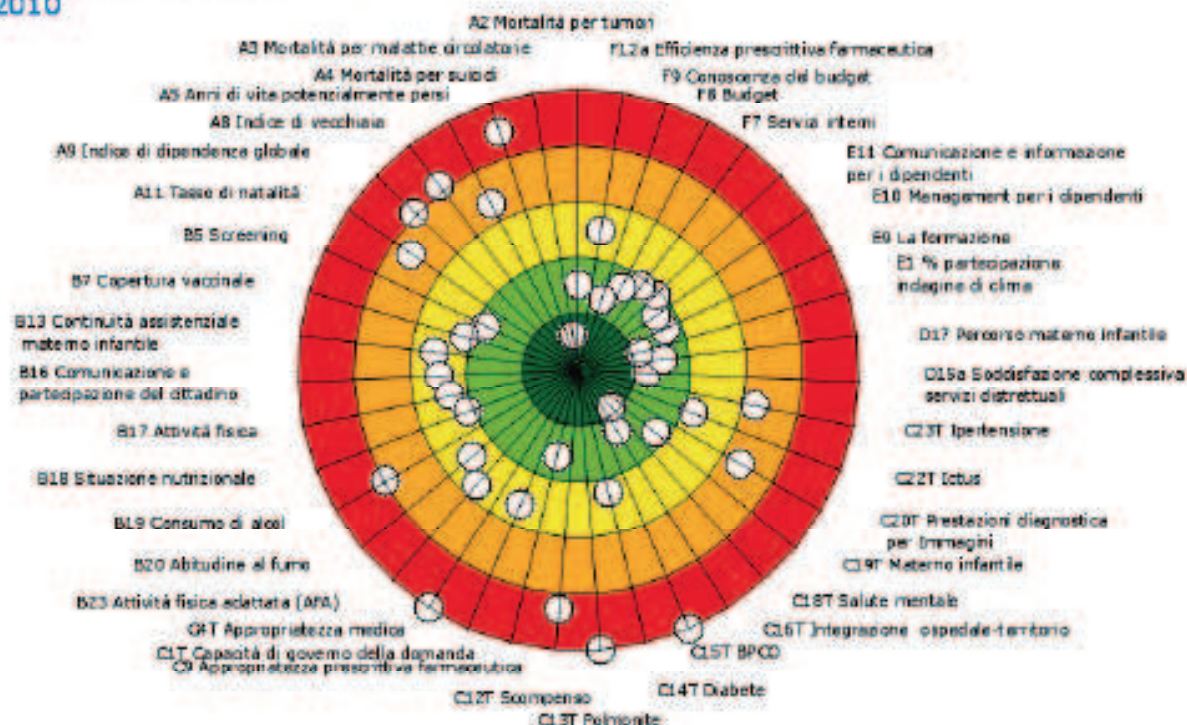
107 - Alta Val d'Elsa 2010



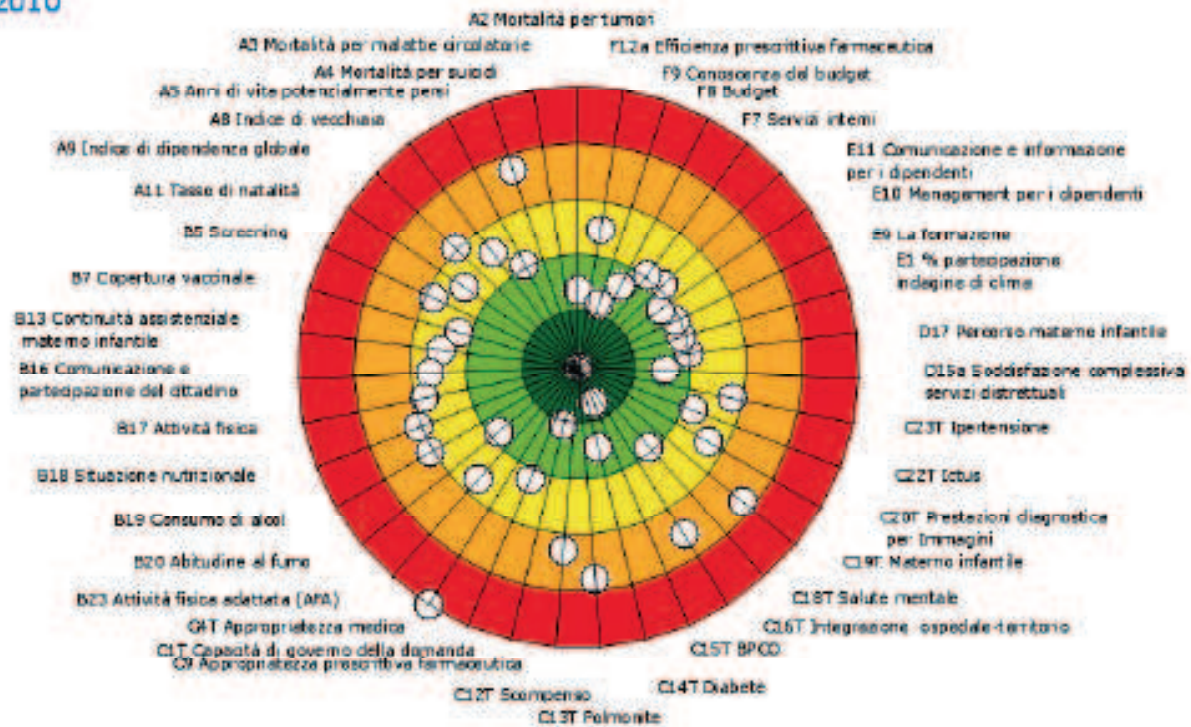
107 - Val di Chiana Senese 2010



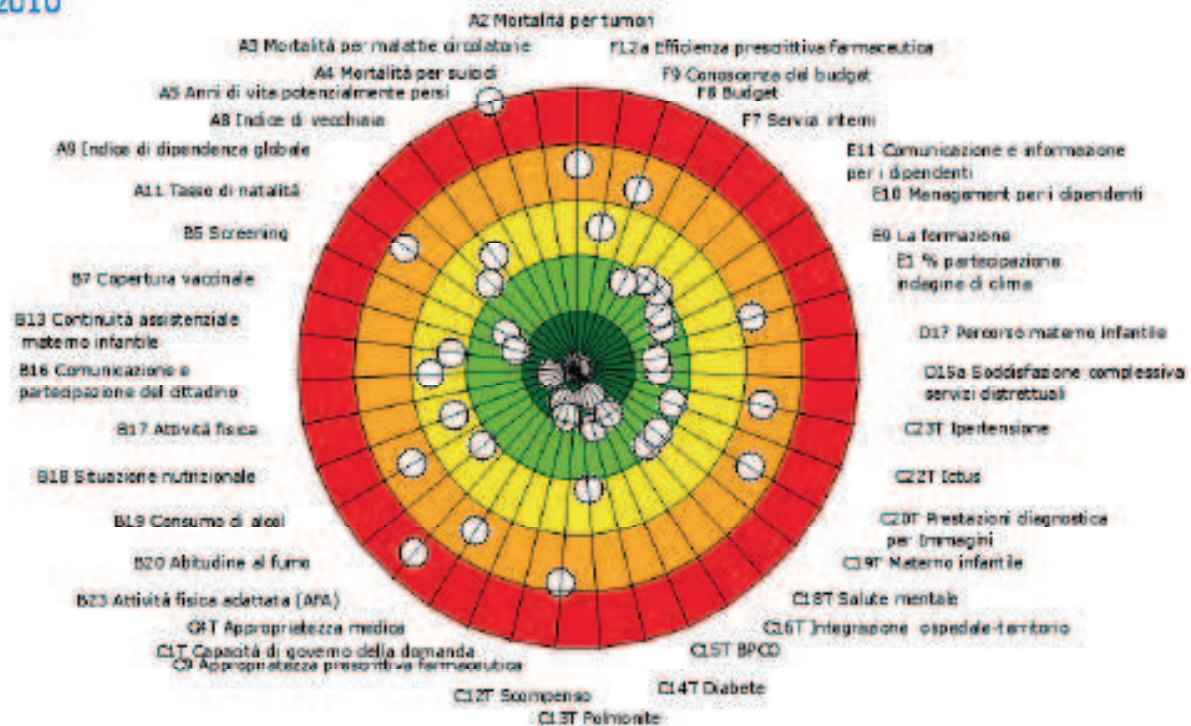
107 - Amiata Senese 2010



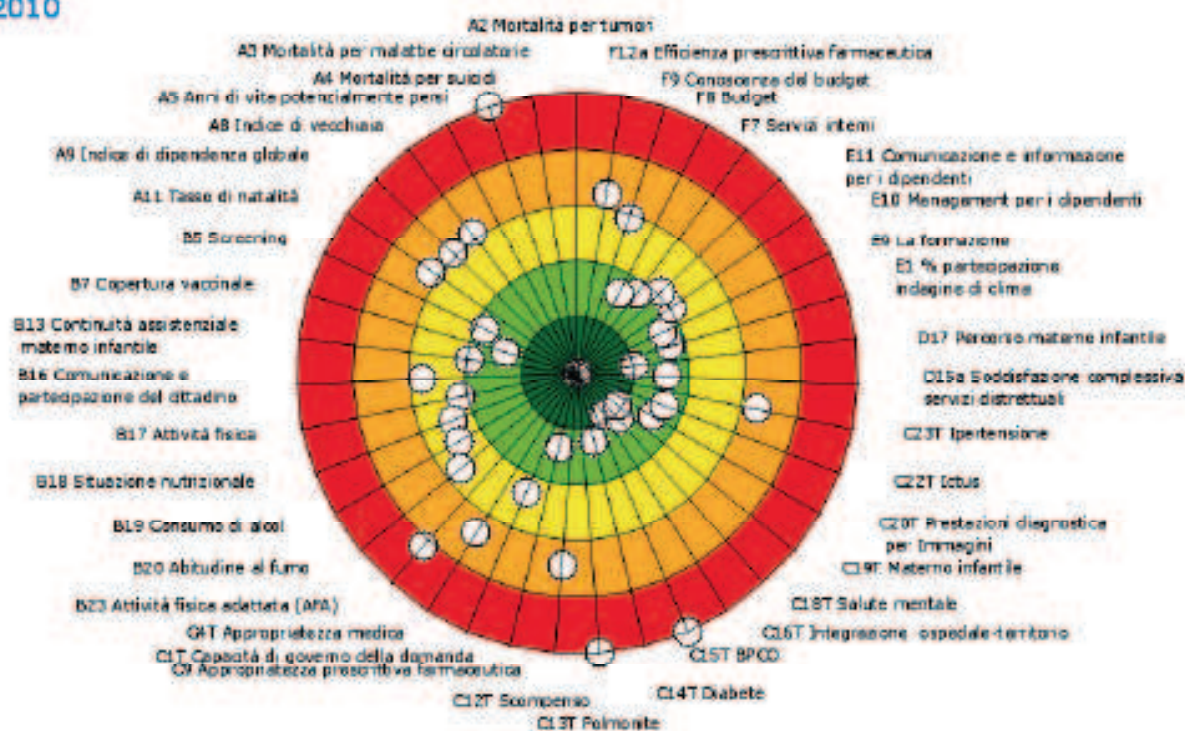
107 - Senese 2010



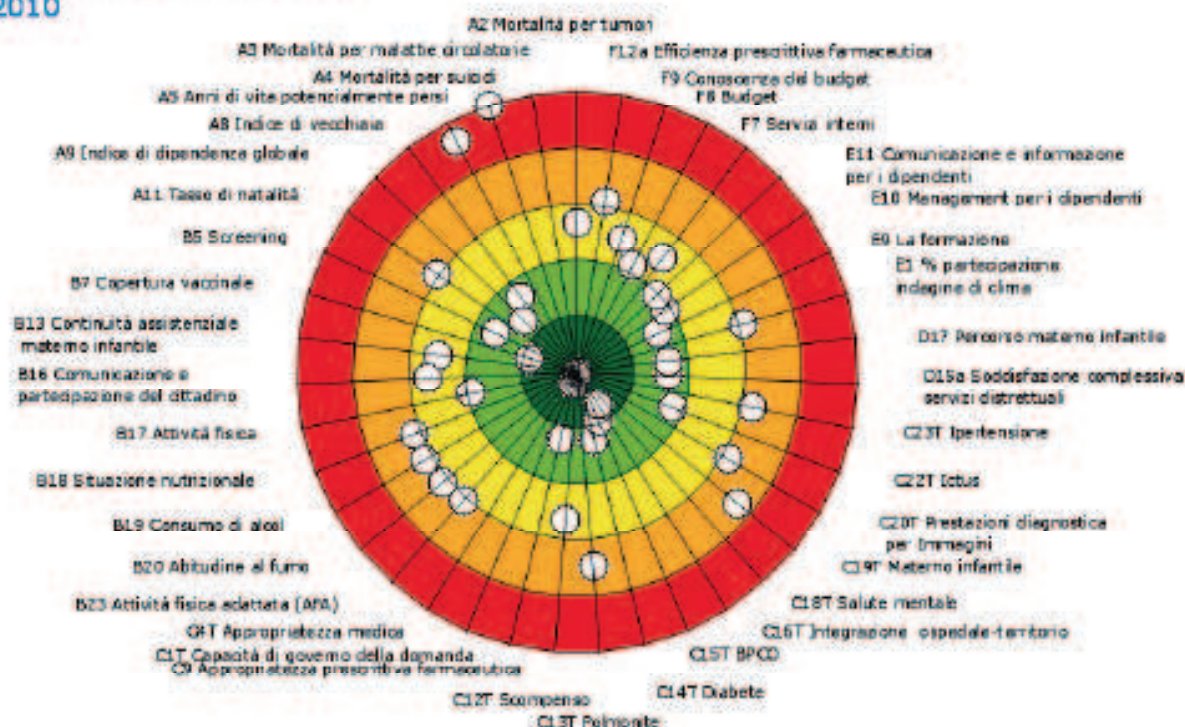
108 - Casentino 2010



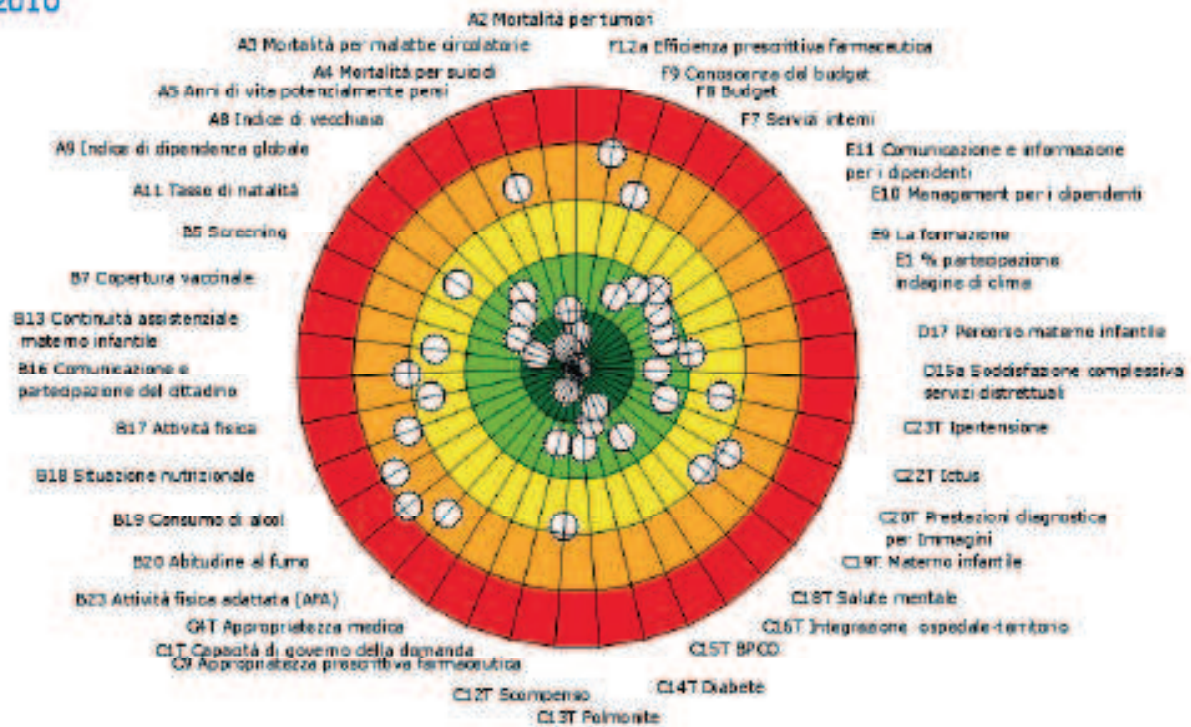
108 - Val Tiberina 2010



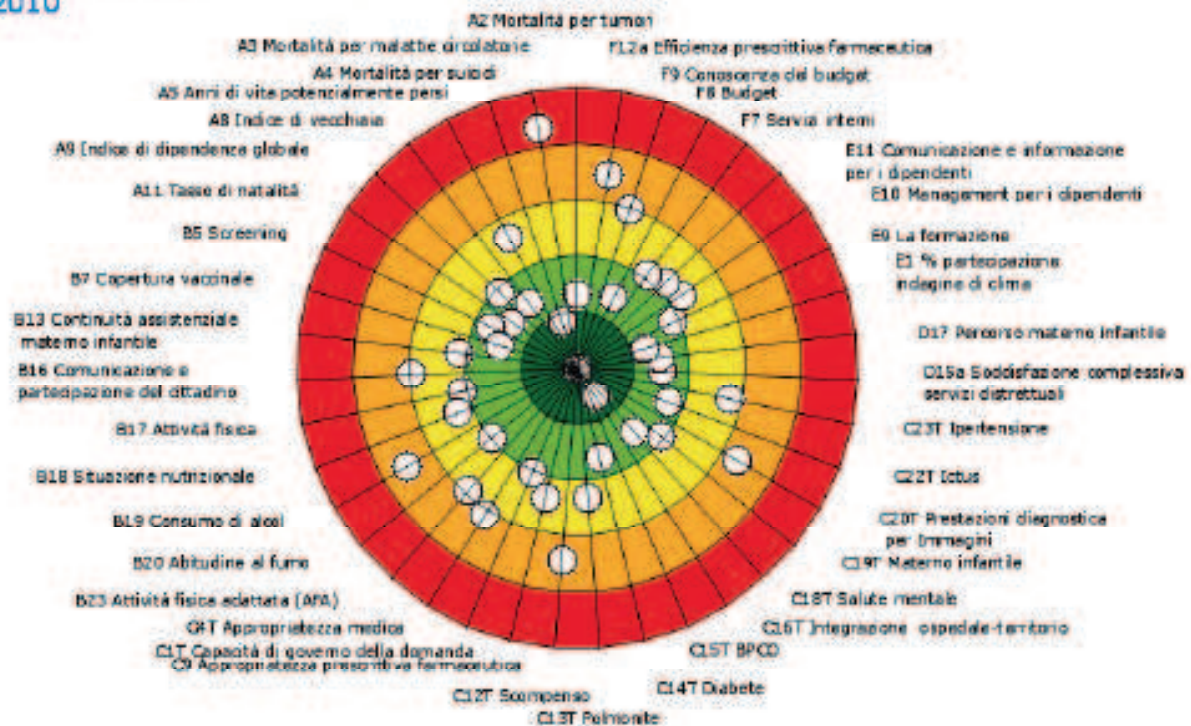
108 - Val di Chiana Aretina 2010



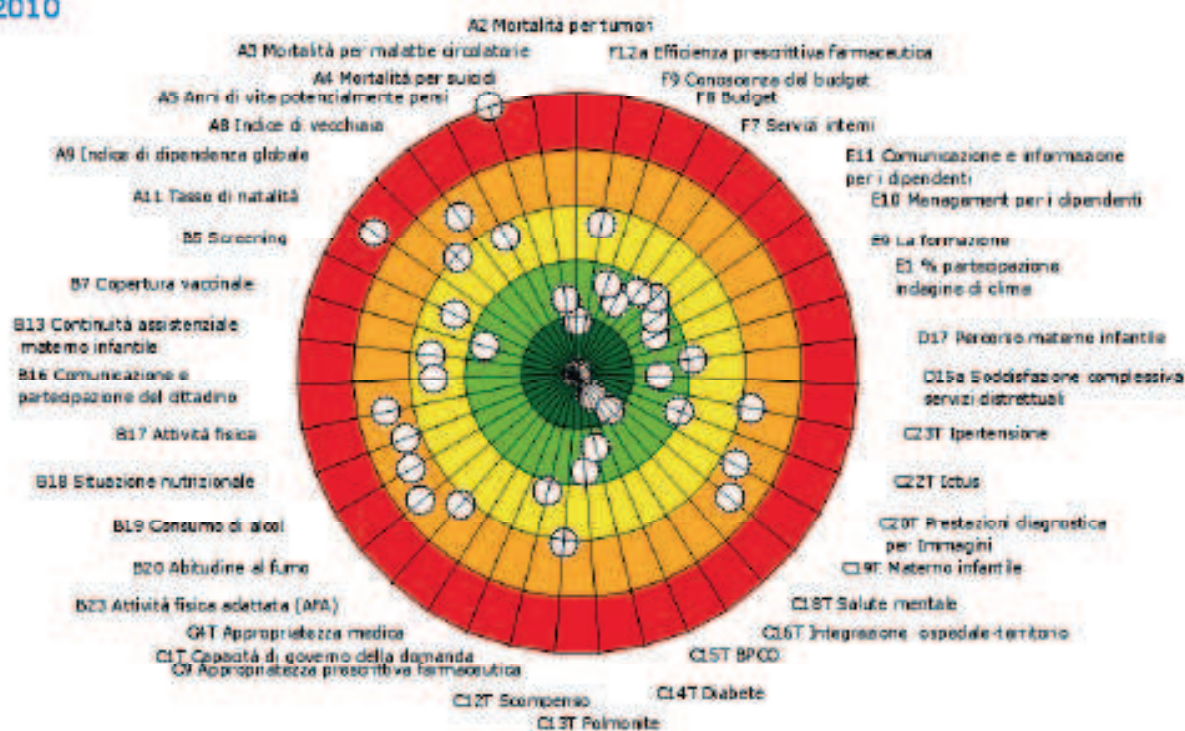
108 - Aretina 2010



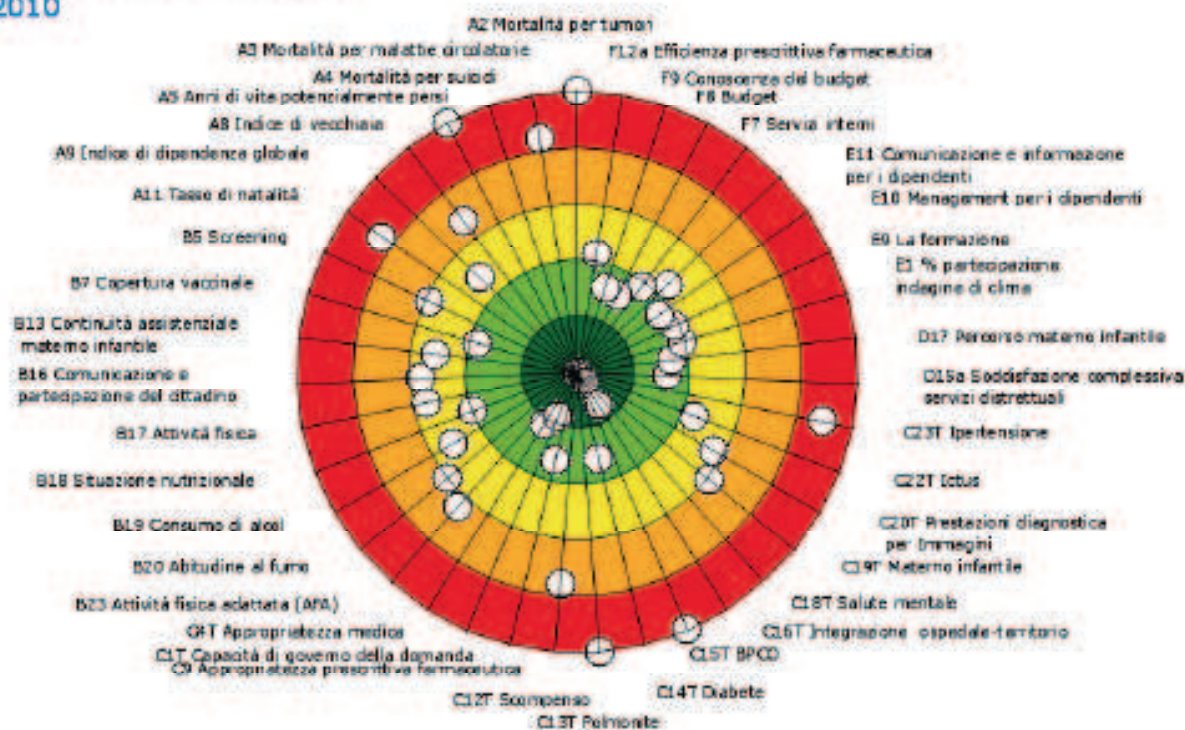
108 - Valdarno 2010



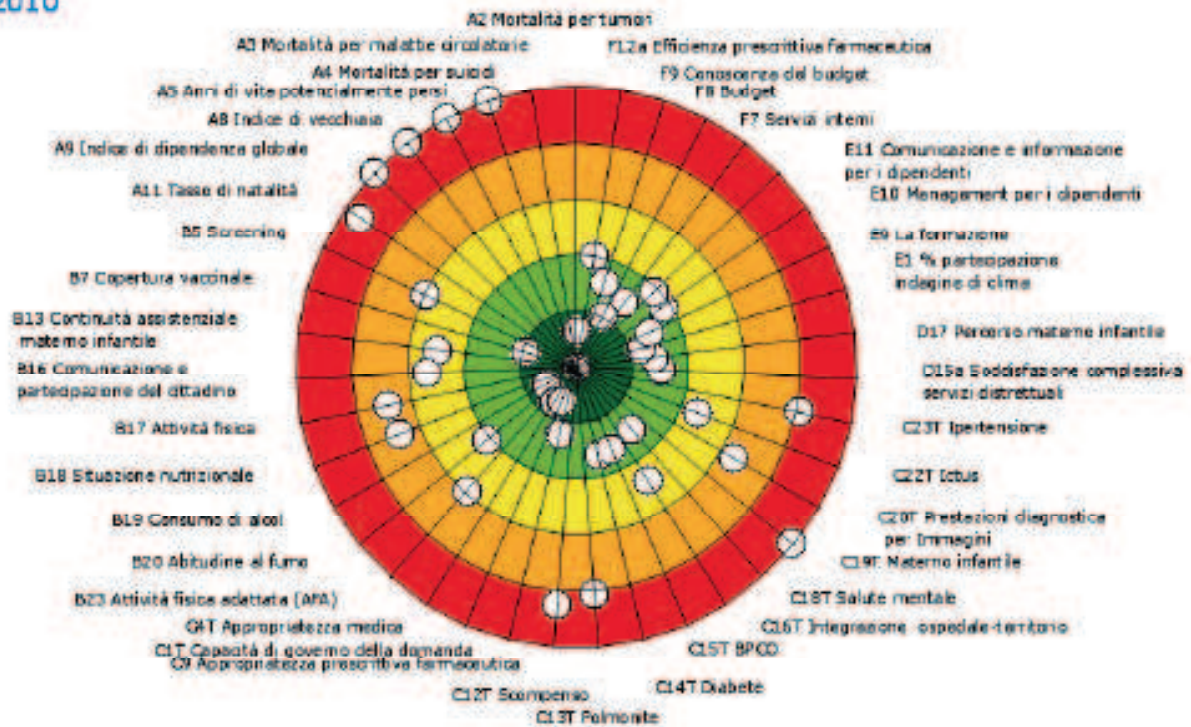
109 - Colline Metallifere 2010



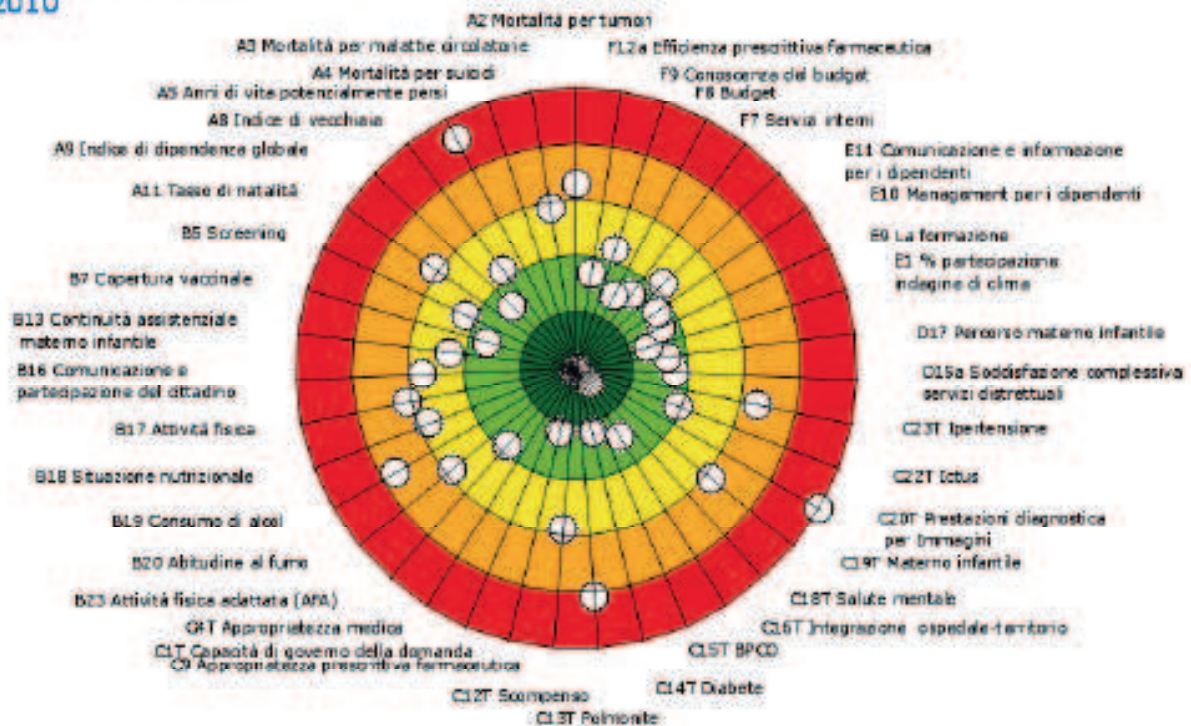
109 - Colline dell'Albegna 2010



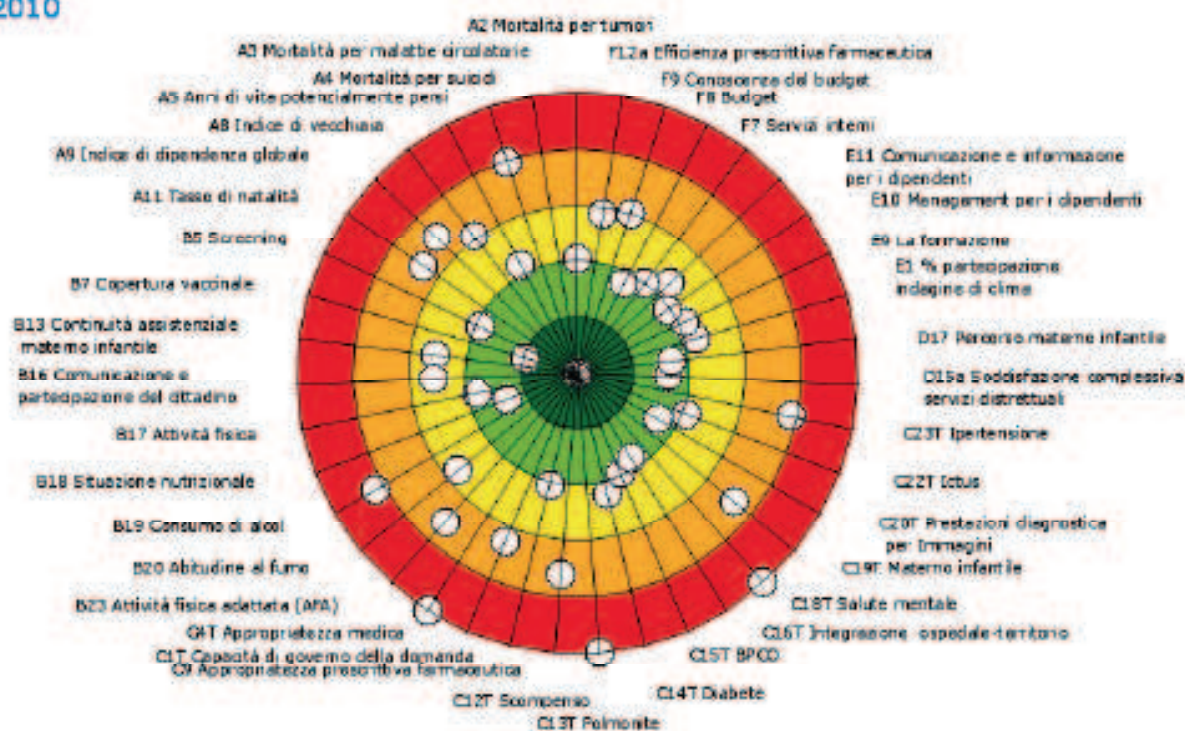
109 - Amiata Grossetana 2010



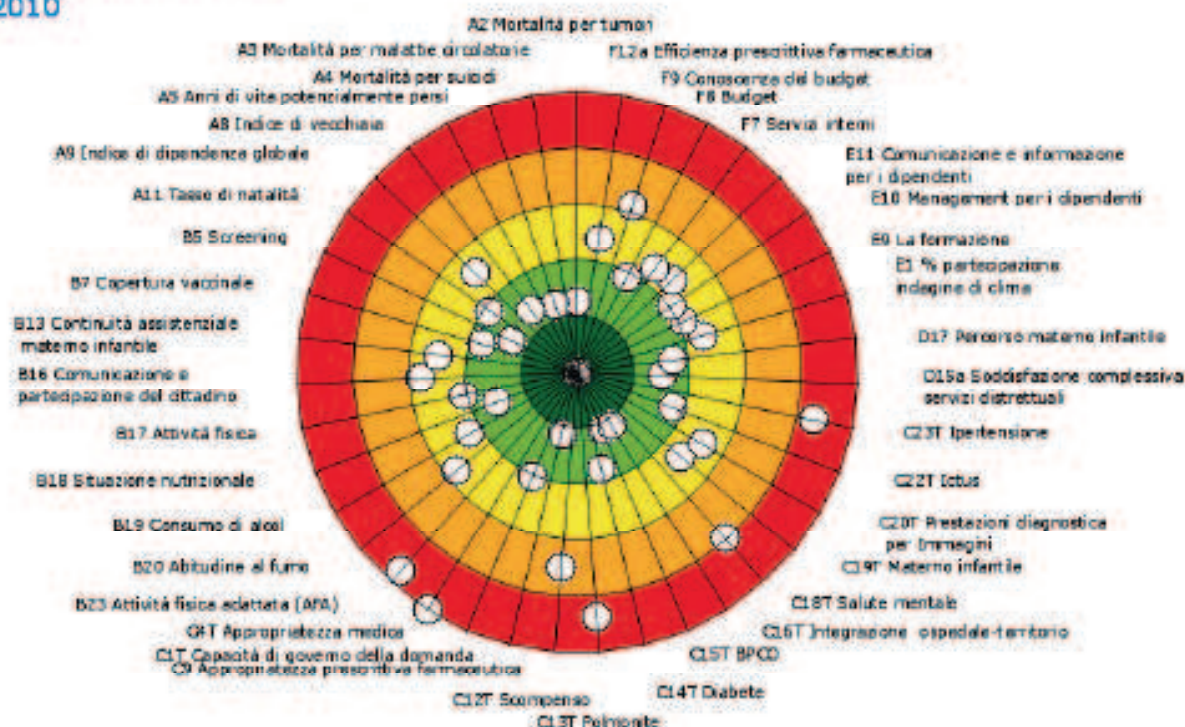
109 - Grossetana 2010



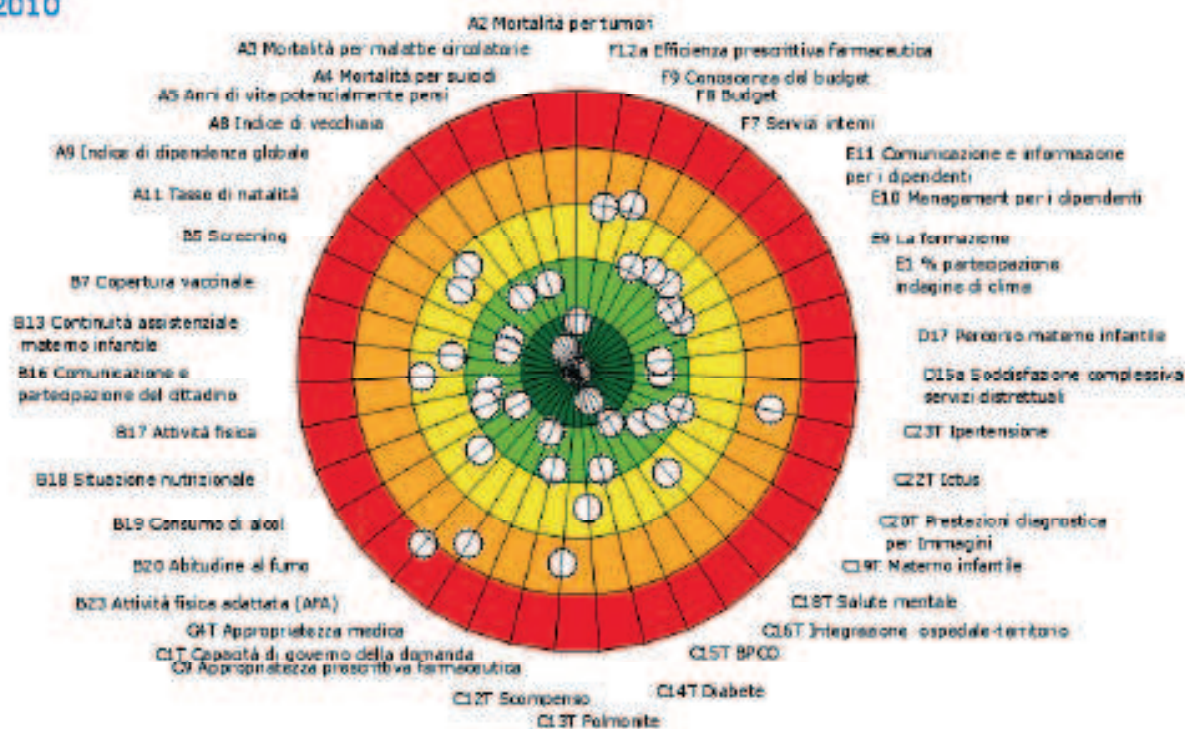
110 - Firenze 2010



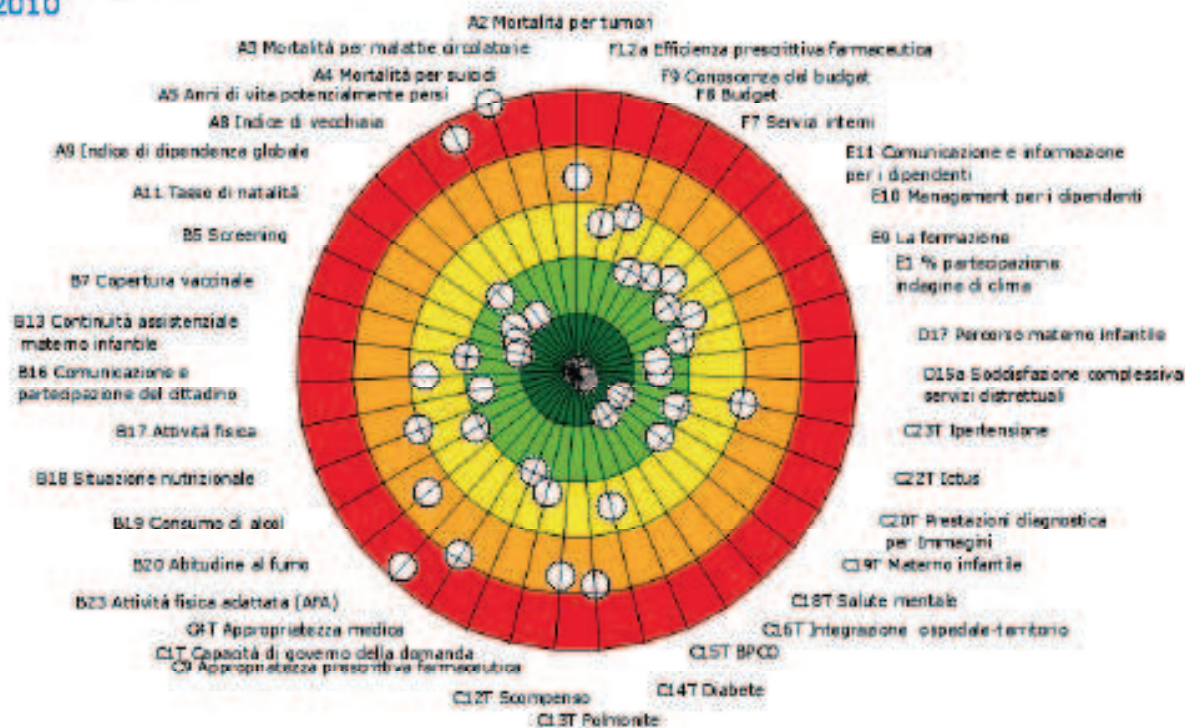
110 - Fiorentina N/O 2010



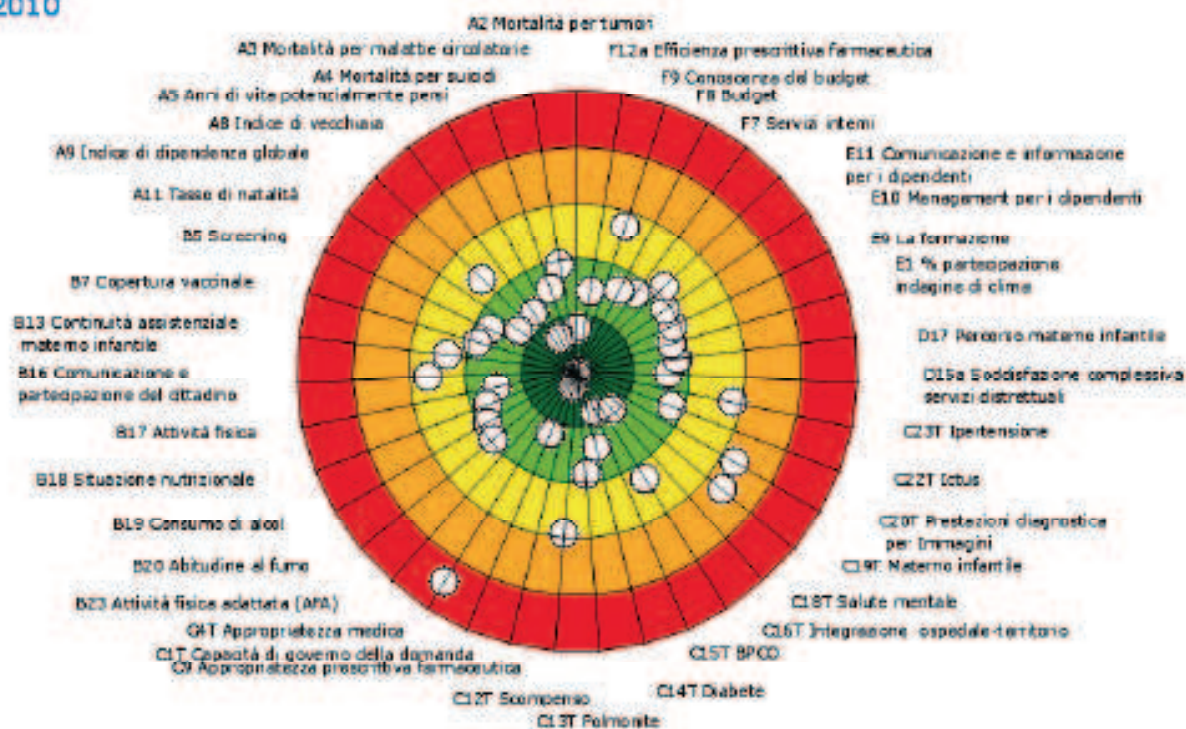
110 - Fiorentina sud-est 2010



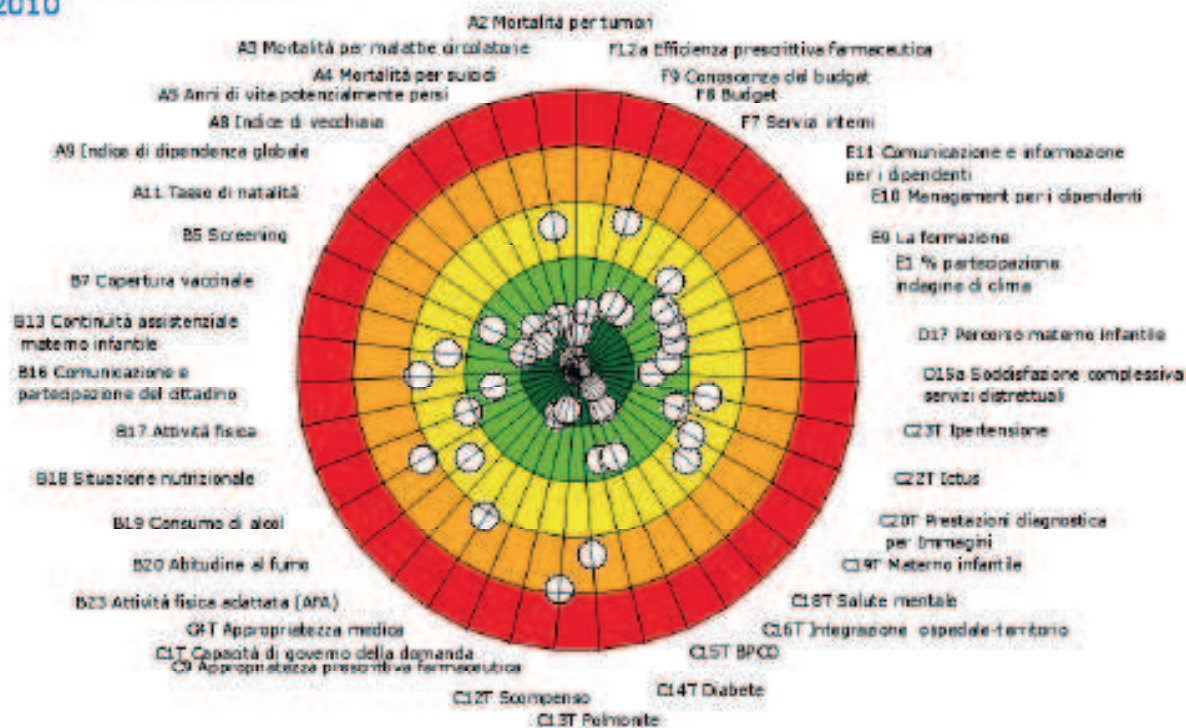
110 - Mugello 2010



111 - Empolese 2010



111 - Valdarno Inferiore 2010



112 - Versilia 2010

