

PARTE III

LA VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ DI PERSEGUIMENTO DEGLI ORIENTAMENTI REGIONALI

A cura di S. Barsanti

L'area di valutazione del conseguimento delle strategie regionali (area B) ha lo scopo di valutare le capacità delle aziende sanitarie di perseguire gli orientamenti strategici di indirizzo regionale, ossia la capacità delle aziende stesse di mettere in atto le indicazioni delle delibere regionali. Gli indicatori compresi in questa dimensione si modificano in parte ogni anno in linea con le priorità indicate dalla Regione. In particolare, il Piano Sanitario Regionale 2005-2007 (PSR) propone 12 progetti speciali di interesse regionale a cui sono associate precise scelte strategiche ed azioni. Molti degli indicatori selezionati in questa area di valutazione hanno, quindi, lo scopo di monitorare il conseguimento di tali strategie.

Il PSR 2005-2007 dedica particolare attenzione alla qualità dei servizi sanitari, sia in termini di tempestività nell'erogazione delle prestazioni, sia in termini di equità di accesso al sistema. Il tempo di attesa per le visite specialistiche costituisce una delle massime criticità nella fruizione di tale servizio. Il progetto speciale "Visite specialistiche: un obiettivo di qualità" prevede per alcune visite specialistiche un'erogazione massima in 15 giorni. L'indicatore "tempi di attesa per le visite specialistiche - B3", infatti, ha lo scopo di monitorare la capacità delle aziende di fornire tali visite entro i 15 giorni.

Per quanto riguarda, invece, l'equità del servizio sanitario, il PSR 2005-2007 ribadisce l'importanza di ridurre le disuguaglianze di accesso ed utilizzo dei servizi stessi tra gruppi di individui dovute a determinanti socio-economiche: è di estrema importanza, infatti, che le prospettive di equità siano a pieno titolo incluse nelle logiche gestionali al fine di aumentare la sensibilità degli operatori sulle modalità perseguite nell'erogazione dei servizi (Nuti, Barsanti 2006). L'indicatore "Equità ed accesso - B9", elaborato per alcuni punti di accesso al sistema, è stato costruito al fine di monitorare l'effettiva capacità delle aziende di disegnare i processi ed i percorsi in maniera tale da uniformare l'effettivo utilizzo dei servizi stessi, le informazioni e gli outcome di salute dei gruppi più svantaggiati con quelli dei gruppi più benestanti e più colti.

Il primo dei 12 progetti speciali su cui si è focalizzato il PSR è dedicato alla prevenzione e cura dei tumori: in particolare, la Regione si pone obiettivi specifici da raggiungere entro il 2007 sia in termini di estensione, sia in termini di adesione degli screening della mammella, della cervice e del colon-retto. L'indicatore "estensione ed adesione agli screening oncologici - B5" si riferisce al monitoraggio dei tre programmi di screening attivati dalle aziende sanitarie, misurando il conseguimento degli obiettivi sia per l'estensione degli inviti ai programmi, sia per la partecipazione ai programmi stessi. Per quanto riguarda la prevenzione, la Regione dedica particolare attenzione anche ai vaccini: l'indicatore "copertura vaccinale B7" misura l'effettiva copertura su alcuni gruppi di popolazione del vaccino antinfluenzale e del vaccino contro il morbillo, la parotite e la rosolia.

Il Sistema Sanitario Toscano da sempre si è focalizzato sui percorsi assistenziali, avendo come obiettivi sia la riorganizzazione degli stessi in termini di integrazione intersettoriale e di continuità assistenziale, sia un orientamento verso i bisogni e le aspettative dei pazienti. Per ciò che riguarda la continuità assistenziale, il sistema di valutazione si è concentrato sul percorso materno infantile, a cui è dedicato anche uno dei progetti speciali regionali ("Nascere in Toscana"), attraverso l'elaborazione dell'indicatore "Continuità assistenziale del percorso materno infantile -B13". L'indicatore "Organizzazione del ricovero ospedaliero -B10", invece, ha lo scopo di evidenziare, attraverso le risposte dei pazienti all'indagine sui servizi di ricovero ospedaliero, eventuali criticità nell'erogazione di tale servizio, sia in termini di percezione del processo, che di coordinamento. Anche il controllo del dolore rappresenta una priorità regionale (si veda il progetto speciale "Il controllo e la cura del dolore"): l'indicatore "strategie per il controllo del dolore -B4", ha lo scopo di valutare l'operato delle aziende sanitarie nella distribuzione dei farmaci oppioidi e nella misurazione del dolore al paziente. Non meno importante è il processo di donazione degli organi, a cui è dedicato l'indicatore "Processi di donazione degli organi - B6".

Infine, data la complessità del sistema sanitario e la sua importanza in termini di ricerca ed innovazione, la Regione si è concentrata sullo sviluppo da una parte dell'attività di ricerca e, dall'altra, dei sistemi informativi. In particolare, l'indicatore "Tempestività di invio dei dati al Sistema Informativo Regionale -B8" misura la capacità di tutte le aziende di inviare i dati e le informazioni, ricomprese nei flussi informativi regionali, in maniera rapida e puntuale. L'indicatore "Capacità attività della ricerca - B15", sviluppato solo per le AOU, invece, vuole monitorare tali aziende nella loro attività di ricerca, in termini di sperimentazioni cliniche, pubblicazioni e brevetti.

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

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

- flussi sanitari regionali (si vedano ad esempio gli indicatori B11 e B12 relativi alla complessità e alla mobilità per le AOU),
- indagini telefoniche specifiche,
- indagini ad hoc,
- dati provenienti da istituti/agenzie regionali/nazionali (si veda a titolo di esempio l'indicatore B5 relativo alla valutazione degli screening oncologici, la cui fonte dei dati è rappresentata dal Rapporto Regionale sugli Screening elaborato dal Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica).

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

1. TEMPI DI ATTESA PER VISITE SPECIALISTICHE- B3 di F. Sanna

La Regione Toscana, già nel Piano Sanitario 2001-2002, aveva individuato tra gli obiettivi prioritari la riduzione delle liste di attesa.

Successivamente, nel Piano Sanitario 2002-2004, la Regione aveva previsto sei classi di priorità, ridotte a quattro nella DGR 887 del 2003, che ricalcano sostanzialmente, quelle previste dall'Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002. Tale accordo prevede standard di attesa da garantire su tutto il territorio italiano per alcune prestazioni ambulatoriali e di ricovero di particolare rilevanza ed individua quattro¹ classi di priorità per il ricovero e tre per l'ambulatoriale, sulla base dell'intensità del dolore, della disabilità, del livello di influenza sulla prognosi.

Il Piano Sanitario Regionale Toscana 2005-2007 prevede il contenimento dei tempi di attesa per l'erogazione di sette prestazioni specialistiche sanitarie (ginecologia, cardiologia, oculistica, otorinolaringoiatria, dermatologia, ortopedia e neurologia) in un tempo massimo di 15 giorni.

Il Laboratorio Management e Sanità ha avviato, a partire dall'anno 2005, un'indagine "ad hoc" per conoscere e monitorare i tempi di attesa delle prestazioni sanitarie sopra citate da parte delle Aziende Sanitarie Locali e dalle Aziende Ospedaliere Universitarie. Ogni mese i ricercatori, in veste di utenti, hanno effettuato una telefonata in ogni Centro Unico di Prenotazione (CUP)² oggetto di indagine per richiedere un appuntamento per una prima visita per ciascuna delle 7 specialità previste dal PSR 2005-2007.

I risultati emersi sono stati confrontati sistematicamente con i dati forniti dalle AUSL. I casi in cui il dato relativo ai giorni di attesa è risultato differente rispetto a quello fornito dalle aziende sono stati estremamente rari e dovuti alla diversa metodologia di analisi.

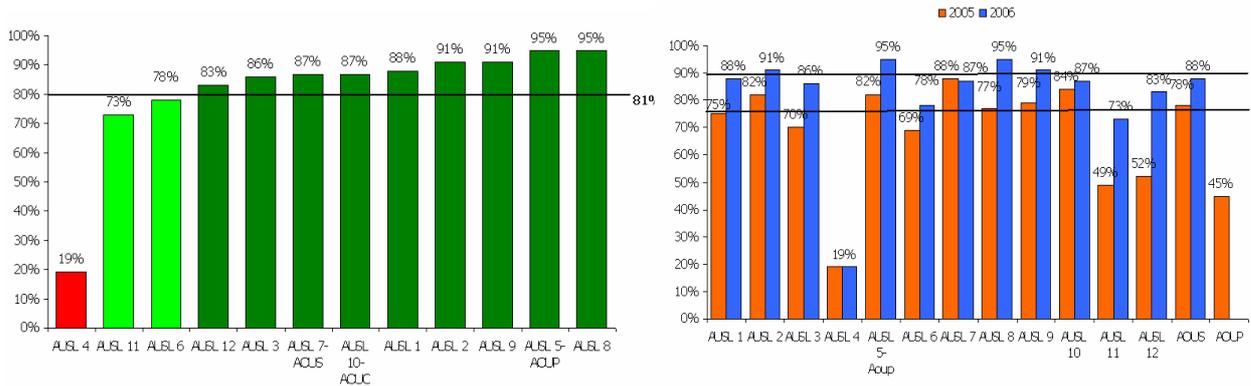
**TEMPI DI ATTESA PER LE
VISITE SPECIALISTICHE
3,96**

La valutazione media regionale mostra una buona performance (punteggio 3,96). L'indagine, relativamente all'anno 2006³, ha rilevato una capacità di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali entro 15 giorni in circa l'81% dei casi.

¹ L'accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002 fa riferimento a: iter diagnostico del paziente con sospetta neoplasia, RMN, TAC cerebrale, ecodoppler, visita cardiologica, visita oculistica, esofagogastroduodenoscopia, ecografia dell'addome. Per i ricoveri, assumono rilevanza nazionale l'intervento per cataratta, di protesi d'anca, e la coronarografia.

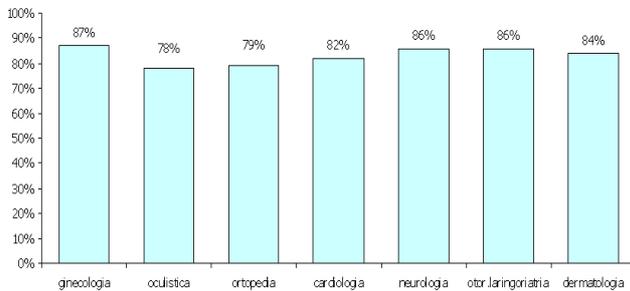
² Sono integrati i CUP: AUSL 5-AOUP; AUSL 10-AOUC; AUSL 7- AOUS.

³ La rilevazione è stata effettuata durante l'anno 2006 con esclusione del mese di Agosto.



Si evince, quindi, una buona capacità delle Aziende Sanitarie di rispettare l’indicazione regionale. In particolare, spiccano i risultati ottenuti dall’Ausl 8 di Arezzo (95%) e dall’Ausl 5-AOUP di Pisa (94%), che dimostrano un’ottima capacità nell’ erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali in 15 giorni. Considerazioni a parte, merita il risultato dell’AUSL 11 di Empoli (73%) che aderisce al progetto Mattone “Tempi di attesa” del Ministero della Salute dall’anno 2005⁴, (la prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriale avviene tramite codici colore che rappresentano le differenti classe di priorità). Il dato della Ausl 4 di Prato si riferisce al periodo Gennaio-Aprile 2006, non essendo stata possibile la rilevazione nei mesi successivi; questa azienda, infatti, ha adottato un sistema di classificazione delle prime visite da parte dei medici di famiglia in base all’urgenza, garantendo ai cittadini i 15 giorni previsti di attesa previsti solo per le visite definite “urgenti”.

La performance del 2006 è ancora più significativa se si confronta con i risultati dell’indagine svolta dal Laboratorio MeS nell’anno 2005⁵, in cui la percentuale di raggiungimento dell’obiettivo regionale si attestava su una capacità media del 68%, dimostrando un miglioramento del 13%.



Azienda di Erogazione	Anno	B3: tempi di attesa delle 7 prestazioni ambulatoriali
AUSL 1	2006	88%
AUSL 2	2006	91%
AUSL 3	2006	86%
AUSL 4	2006	19%*
AUSL 5-AOUP	2006	95%
AUSL 6	2006	78%
AUSL 7-AOUS	2006	87%
AUSL 8	2006	95%
AUSL 9	2006	91%
AUSL 10- AOUC	2006	87%
AUSL 11	2006	73%
AUSL 12	2006	83%

Esaminando i risultati relativi alle singole specialità ambulatoriali per l’anno 2006, la specialità più virtuosa risulta essere la ginecologia con un raggiungimento dell’obiettivo regionale nel 87% dei casi, a cui seguono la neurologia e l’otorinolaringoiatria, erogate entro i 15 giorni per l’86%. L’oculistica e l’ortopedia riportano le percentuali più basse.

Nel mese di giugno 2006 è entrata in vigore la delibera della G.R. n.143 del 27 febbraio 2006, intitolata “Disposizioni in materia di prestazioni sanitarie specialistiche”, che ha istituito l’impegno delle Aziende Sanitarie di rispettare il diritto dell’utente a ricevere le prestazioni sanitarie relative a sette specialità ambulatoriali previste dalla DGRT 887/2003 (ginecologia, cardiologia, oculistica, otorinolaringoiatria, dermatologia, ortopedia e neurologia) in un tempo massimo di 15 giorni, come da Piano Sanitario regionale 2005-2007, indipendentemente dalla specifica residenza distrettuale ed in almeno un punto di offerta dell’azienda sanitaria.

L’entrata in vigore della delibera G.R. 143/2006 ha determinato un netto miglioramento nei tempi di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Nel mese di Giugno si evidenzia un miglioramento nell’erogazione delle prestazioni entro 15 giorni, passando da un 67% del mese di Maggio ad un 82% nel mese di Giugno.

⁴ Progetto mattone “Tempi di attesa”. Principi generali e prime proposte operative”. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali

⁵ La rilevazione è stata effettuata durante l’anno 2005 con esclusione del mese di Agosto

Tale percentuale è migliorata nei mesi successivi fino a registrare una performance nel mese di Ottobre pari al 99%.

Ma quali sono le direzionali alla base del contenimento dei tempi di attesa? I principi si possono riassumere in tre concetti chiave (Rossi, 2006):

- 1) Miglioramento dell'efficienza del sistema;
- 2) Appropriatelyzza delle prescrizioni;
- 3) Responsabilizzazione dei cittadini.

In primo luogo, si vuole perseguire l'efficienza del sistema organizzando l'offerta delle prestazioni sanitarie in maniera meno dispersiva possibile. Fondamentale è stata l'istituzione di sistemi di prenotazioni unificati, i Centri Unici di Prenotazione (CUP), con funzioni di coordinamento, che costituiscono una rete integrata di servizi.

I CUP sono centri informatizzati capaci di controllare la disponibilità delle prestazioni nei diversi ambulatori e laboratori presenti nelle aziende sanitarie locali e di indicare all'utente il presidio in grado di fornire la prestazione nel tempo più breve.

In Toscana l'apertura del CUP è garantita per il 46% delle strutture eroganti dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 18 ed il sabato mattina, per il 31% dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 18.00 e solo per il 23% con copertura giornaliera di mezza giornata.

In secondo luogo, l'appropriatelyzza delle prestazioni, ovvero il fornire una giusta risposta in tempi brevi, presuppone il coinvolgimento del medico di medicina generale, il cui ruolo non si deve ridurre al soddisfacimento della richiesta del paziente, ma deve essere capace di garantire la stabilità delle prestazioni.

Per ultimo, ma non meno importante, il principio della responsabilizzazione dei cittadini. È necessario che il cittadino sia cosciente del valore di ogni singola prestazione per il sistema e per l'utente stesso, affinché non adotti comportamenti in grado di produrre sprechi (Turco, 2006) (es. mancata presentazione all'appuntamento per la scelta di un altro erogatore per la prestazione o per la cessazione del problema di salute, a cui non consegue la comunicazione presso la struttura in cui si è effettuata la prima prenotazione).

La delibera G.R. 143/2006 introduce una sorta di corresponsabilità del cittadino e dell'azienda sanitaria al rispetto dei tempi di attesa. Nel caso in cui l'AUSL non renda disponibile la visita specialistica entro il tempo massimo di 15 giorni in almeno uno dei presidi o punti di erogazione costituenti l'offerta complessiva, all'utente sarà riconosciuto da parte dell'AUSL un risarcimento economico di 25 euro. Il rifiuto della prenotazione proposta entro il tempo previsto per una diversa scelta del luogo, della data e/o del professionista libera l'azienda da tale onere risarcitorio.

Si prevede inoltre che quando l'utente, dopo aver prenotato ed accettato la prestazione specialistica o diagnostico strumentale compresa nel Nomenclatore Tariffario Regionale, indipendentemente dal tempo di attesa previsto, non si presenta alla visita prevista, senza preannunciare la rinuncia o l'impossibilità di fruire della prestazione almeno 48 ore prima della data prenotata, debba versare la quota di compartecipazione al costo della prestazione, se non esente.

In seguito, con la delibera della Giunta Regionale 440/2006 "Disposizioni in materia di erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche. Integrazione e proroga termini di applicazione per: Azienda USL 8 di Arezzo, Azienda USL 11 di Empoli, Azienda USL 10 di Firenze e Azienda Ospedaliero - Universitaria Meyer", la Regione Toscana ha stabilito che l'utente non possa godere del bonus per più di una volta, per la stessa visita specialistica, in un arco temporale di tre mesi. Inoltre, nel caso in cui non abbia provveduto a disdire un appuntamento o non abbia ritirato un referto, non potrà usufruire del bonus per una delle sette visite per un arco temporale di 6 mesi successivi alla data in cui l'utente non ottempera al proprio dovere.

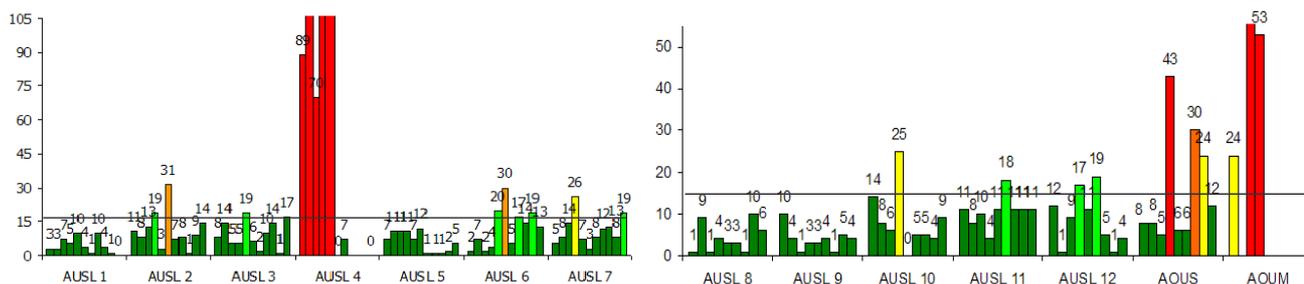
I risultati conseguiti non esauriscono il lavoro, in quanto la sfida al contenimento dei tempi di attesa è un impegno costante che richiede il coinvolgimento di tutti i principali protagonisti del sistema sanitario, dagli amministratori del sistema, alle aziende, passando per gli operatori sanitari e i cittadini stessi, con le loro associazioni di tutela.

Nel 2007 oggetto di indagine saranno anche le prestazioni sanitarie di diagnostica strumentale previste nella delibera numero 867 del 20 novembre 2006, che stabilisce il diritto dell'utente ad effettuare entro il tempo massimo di 30 giorni le prestazioni di diagnostica strumentale oggetto della delibera.

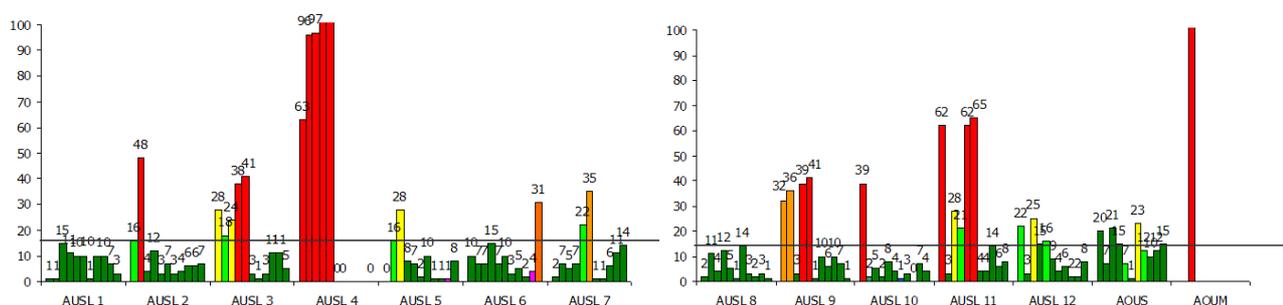
In seguito si riportano i risultati dell'indagine dell'anno 2006 per prestazione specialistica ambulatoriale⁶:

⁶ Le barre degli istogrammi si riferiscono ai diversi mesi in cui è stata condotta l'indagine: I barra: indagine Gennaio - II barra: indagine Febbraio - III barra: indagine Marzo - IV barra: indagine Aprile - V barra: indagine Maggio - VI barra: indagine Giugno - VII barra: indagine Luglio - VIII barra: indagine Settembre - IX barra: indagine Ottobre - X barra: indagine Novembre - XI barra: indagine Dicembre.

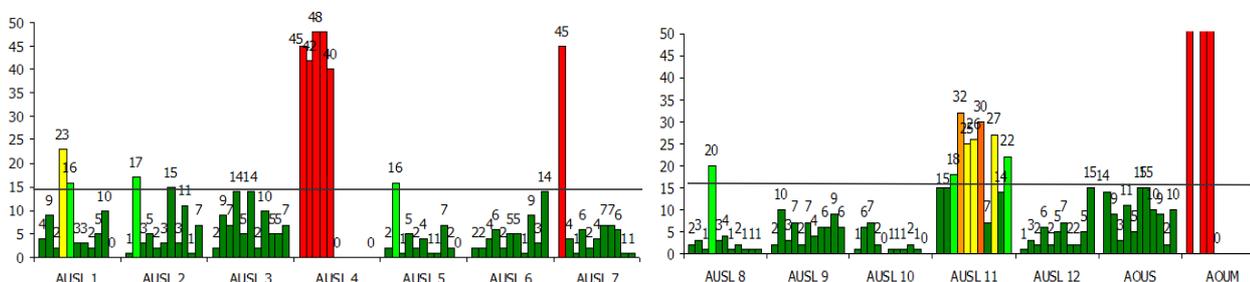
• Tempi di attesa in giornate visita neurologica



• Tempi di attesa in giornate visita oculistica



• Tempi di attesa in giornate visita otorinolaringoiatria



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

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2000) definisce la salute, non solo come l'assenza di malattie o infermità, ma come condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale. Uno dei fattori che incide profondamente sulla qualità della vita è il dolore.

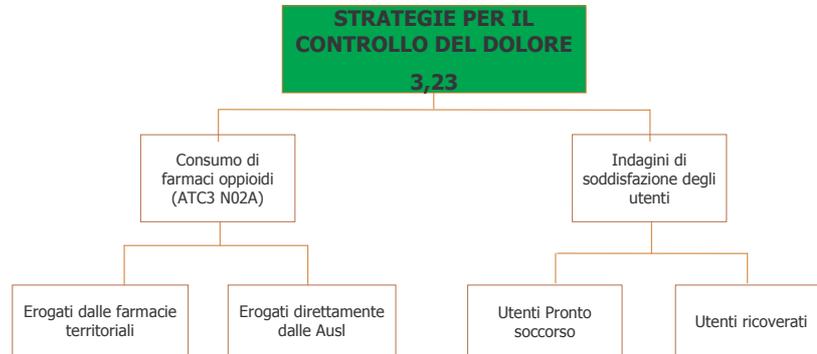
La Regione Toscana nel Piano Sanitario Regionale 2005-2007, sulla scia di progetti internazionali e su indicazione dell'OMS, ha dichiarato il suo impegno per il controllo e la cura del dolore, a cui viene data attuazione mediante i seguenti obiettivi specifici (si veda il progetto speciale regionale "Il controllo e la cura del dolore"):

- Valutazione del dolore nei reparti ospedalieri,
- Aumento del consumo di farmaci oppioidi⁷,
- Programmi di formazione/informazione.

⁷ Sono farmaci derivati dall'oppio. Sono indicati soprattutto nel trattamento di dolori di intensità da moderata a grave. I farmaci oppioidi deboli più usati sono: codeina, ossicodone e tramadolo. I farmaci oppioidi forti più utilizzati sono: buprenorfina, morfina, metadone e fentanyl.

L'indicatore B4 risponde dunque alla necessità di verificare l'attuazione degli indirizzi programmatici regionali contenuti nel PSR 2005-2007 in materia di controllo del dolore.

Come mostra la figura, tale l'indicatore è la sintesi della valutazione assegnata alle aziende per il consumo di farmaci oppioidi e per il livello di soddisfazione degli utenti del pronto soccorso e del servizio di ricovero ospedaliero ordinario. La valutazione regionale appare buona, con una performance di 3,23.



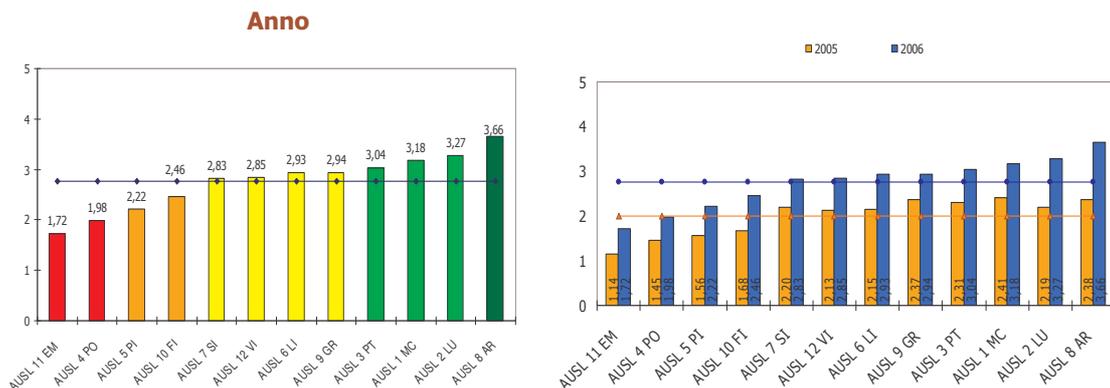
2.1 - Consumo di farmaci oppioidi

Per quanto riguarda il consumo dei farmaci oppioidi, si considera sia l'erogazione dei farmaci dalle farmacie territoriale, sia il consumo di dosi giornaliere per 1000 residenti. I dati elaborati provengono dal Settore della Farmaceutica, del Dipartimento Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà.

Il consumo dei farmaci oppioidi erogati dalle farmacie territoriali viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. È una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi.

Nell'anno 2006 il consumo di tali farmaci tramite le farmacie territoriali è compreso tra 1,72 e 3,66 DDD ogni 1000 residenti, con una media regionale di 2,76 DDD. La maggior parte delle ha riportato una performance positiva, superando il valore medio regionale⁸.

Da un punto di vista temporale, si osserva un trend in crescita in tutte le aziende con maggiore evidenza per alcune di esse.



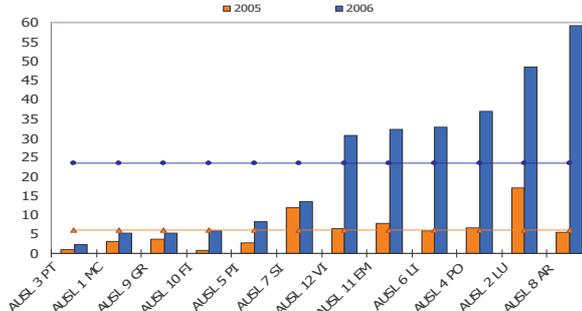
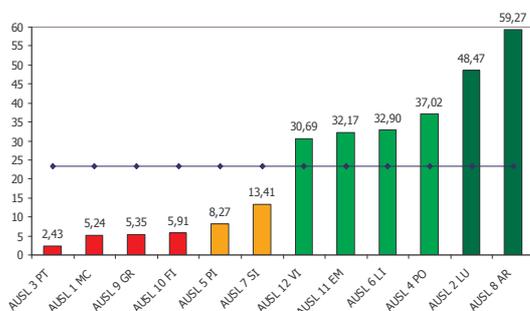
⁸ Da segnalare che per alcune aziende non era possibile rilevare la distribuzione degli stessi farmaci nell'assistenza domiciliare.

Azienda	2005	2006
	consumo di oppioidi ddd	consumo di oppioidi ddd
AUSL 1 MC	2,41	3,18
AUSL 2 LU	2,19	3,27
AUSL 3 PT	2,31	3,04
AUSL 4 PO	1,45	1,98
AUSL 5 PI	1,56	2,22
AUSL 6 LI	2,15	2,93
AUSL 7 SI	2,20	2,83
AUSL 8 AR	2,38	3,66
AUSL 9 GR	2,37	2,94
AUSL 10 FI	1,68	2,46
AUSL 11 EM	1,14	1,72
AUSL 12 VI	2,13	2,85
MEDIA AUSL	2,00	2,76

Definizione:	Consumo giornaliero di farmaci oppioidi (ATC = N02A) erogati dalle farmacie territoriali per 1.000 residenti
Numeratore:	N° totale DDD farmaci oppioidi consumate nel periodo per principio attivo x 1000
Denominatore:	N° residenti x giorni del periodo
Formula matematica:	$\frac{\text{N° totale DDD farmaci oppioidi consumate per principio attivo nel periodo} \times 1000}{\text{N° residenti} \times \text{giorni nel periodo}}$
Note per l'elaborazione:	I farmaci oppioidi sono appartenenti alla classe ATC3 (classificazione anatomico-terapeutica) N02A. Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose giornaliera definita, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. È una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. I dati sono per aziende di erogazione
Fonte:	Ministero della salute – Progetto Sfera
Parametro di riferimento:	Media regionale

Il consumo derivante dalla distribuzione diretta, invece, è calcolato attraverso il rapporto tra unità posologiche di farmaci e la popolazione pesata secondo il PSR 2005-2007.

Osservando i grafici, si nota come nell'anno 2006 molte delle aziende ha fatto un largo uso di questa categoria di farmaci rispondendo positivamente agli indirizzi programmatici regionali; in ottica di trend, inoltre, l'incremento tra il 2005 ed il 2006 è stato particolarmente virtuoso.



Azienda	2005	2006
	consumo di oppioidi up	consumo di oppioidi up
AUSL 1 MC	3,22	5,24
AUSL 2 LU	17,05	48,47
AUSL 3 PT	0,94	2,43
AUSL 4 PO	6,65	37,02
AUSL 5 PI	2,79	8,27
AUSL 6 LI	5,84	32,90
AUSL 7 SI	11,85	13,41
AUSL 8 AR	5,49	59,27
AUSL 9 GR	3,77	5,35
AUSL 10 FI	0,73	5,91
AUSL 11 EM	7,77	32,17
AUSL 12 VI	6,40	30,69
MEDIA AUSL	6,04	23,43

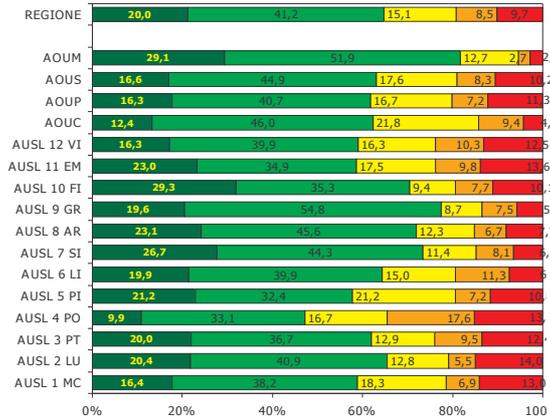
Definizione:	Consumo di farmaci oppioidi (ATC= N02A) distribuiti direttamente per 1.000 residenti
Numeratore:	N. unità posologiche di farmaci oppioidi erogate x 1000
Denominatore:	Popolazione 2005 pesata secondo i criteri del PSR 2005-2007
Formula matematica:	$\frac{\text{N. totale u.p. farmaci oppioidi consumate per principio attivo nel periodo} \times 1000}{\text{Popolazione 2005 pesata secondo i criteri del PSR 2005-2007}}$
Note per l'elaborazione:	I dati sono per aziende di residenza e tengono conto della mobilità intraregionale
Fonte:	Flusso FED
Parametro di riferimento:	Media regionale

2.2 - Il controllo del dolore per i pazienti del pronto soccorso

Ai pazienti che hanno risposto durante l'indagine di provare dolore nella permanenza in pronto soccorso è stato chiesto di valutare l'attenzione dedicata loro dal personale sanitario per cercare di controllare/attenuare tale dolore: oltre il 20% degli intervistati ha dichiarato di essere poco o per nulla soddisfatto e il 15,2% soddisfatto solo in parte. Rispetto all'indagine precedente i risultati appaiono peggiori, soprattutto per alcune aziende.

Come valuta l'attenzione a lei dedicata dal personale sanitario per cercare di controllare/attenuare il dolore?

2006



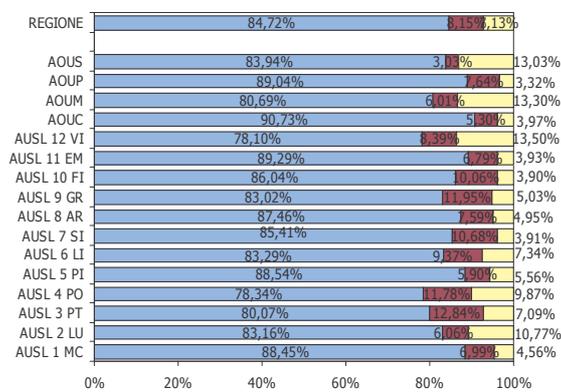
Legend: Totalmente soddisfatto (dark green), Molto soddisfatto (medium green), Così così (yellow), Poco soddisfatto (orange), Per nulla soddisfatto (red)



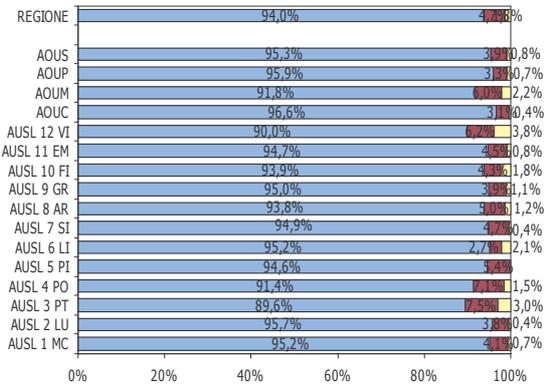
2.3 - Il controllo del dolore per i pazienti ospedalieri

Ai pazienti dei reparti ospedalieri toscani è stato, invece, domandato se il personale sanitario avesse loro chiesto se provavano dolore: nell'84,72% dei casi il personale sanitario si è sempre interessato a questo aspetto, mentre 7 volte su cento il personale non ha mai interrogato il paziente. I dati rilevano sicuramente un'attenzione degli operatori al problema, attenzione che non è sufficiente laddove la percentuale di risposte "qualche volta" e "mai" supera il 20%.

Durante il suo ricovero il personale sanitario le ha chiesto se provava dolore?



Pensa che lo staff dell'ospedale abbia fatto quanto possibile per controllare il suo dolore?



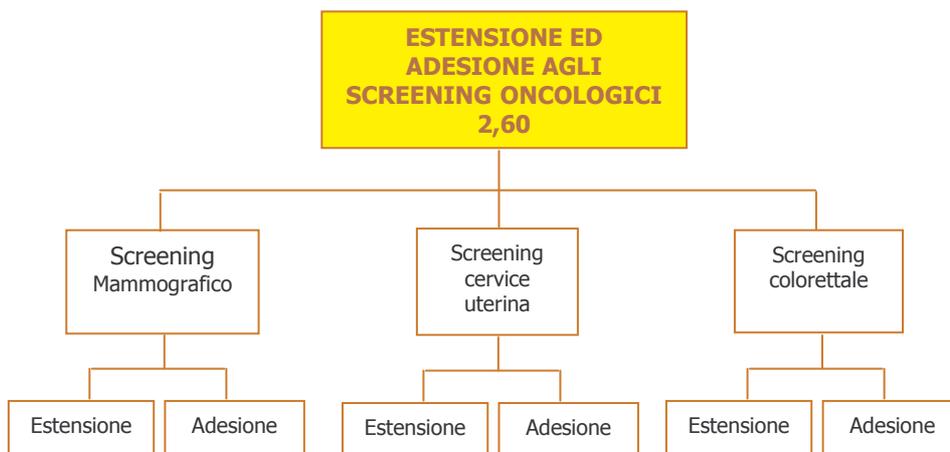
Agli stessi pazienti è stato inoltre chiesto se a loro avviso lo staff dell'ospedale avesse fatto quanto possibile per controllare il dolore: ancora una volta l'esperienza degli utenti può considerarsi positiva poiché il ben il 94% del campione intervistato ha raccontato che il personale sanitario ha sempre fatto il possibile per attenuare il dolore che provavano durante la degenza.

Definizione:	Livello di soddisfazione degli utenti nel Percorso Emergenza, relativamente agli aspetti del controllo del dolore
Note per l'elaborazione:	Il punteggio viene calcolato in base alla distribuzione delle risposte degli utenti alla domanda del questionario: "Come valuta l'attenzione a Lei dedicata dal personale sanitario per cercare di controllare/attenuare il dolore?"
Fonte:	Indagine "L'esperienza degli utenti del Percorso Emergenza" - Anno 2006
Popolazione di riferimento:	All'indagine ha partecipato un campione di utenti maggiorenni che si è recato in uno dei Pronto Soccorso toscani nel periodo settembre-ottobre 2006. Non hanno concorso alla determinazione del campione: -Utenti che hanno espresso il proprio dissenso all'iniziativa, -Utenti esclusi al triage perché incoscienti, incapaci di intendere e di volere, o non parlano la lingua italiana

Definizione:	Soddisfazione degli utenti del servizio di ricovero ordinario relativamente alla umanizzazione.
Questi:	L'indicatore è stato costruito tenendo conto di come gli utenti hanno risposto alle seguenti domande: «Durante il suo ricovero il personale sanitario le ha chiesto se provava dolore?» «Pensa che lo staff dell'ospedale abbia fatto quanto possibile per controllare il suo dolore?»
Nota metodologica per il campionamento:	Popolazione di riferimento: utenti accettati e dimessi nei periodi 14 settembre - 14 ottobre e 15 ottobre - 14 novembre, per un totale regionale di 55.316 pazienti. Non sono stati inseriti tra gli utenti campionabili i pazienti in regime di day hospital e day surgery, quanti sono stati ricoverati presso le terapie intensive, le rianimazioni e i nidi e quei pazienti che nella fase di reclutamento hanno dichiarato di non voler partecipare all'indagine. Campionamento: per ogni azienda, sulla base della propria popolazione di riferimento, è stata individuata una numerosità campionaria che garantisce una significatività a livello aziendale P=0,05 e una precisione delle stime D=0,05. La selezione del campione è stata realizzata secondo la tecnica del campionamento stratificato, dove la stratificazione è data dal "presidio ospedaliero". Campione: la numerosità campionaria regionale complessiva è pari a 5.847 pazienti. Metodologia di rilevazione: CATI (Computer Assisted Telephone Interview).
Fonte:	Indagine "L'esperienza degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero ordinario" - Anno 2006

3. ESTENSIONE ED ADESIONE AGLI SCREENING ONCOLOGICI –B5 di S. Barsanti

I programmi di screening oncologico della Regione Toscana sono tre: screening mammografico, screening cervicale e screening coloretale. Su tali programmi, considerando sia l'estensione, sia l'adesione, è stato costruito l'indicatore B5.



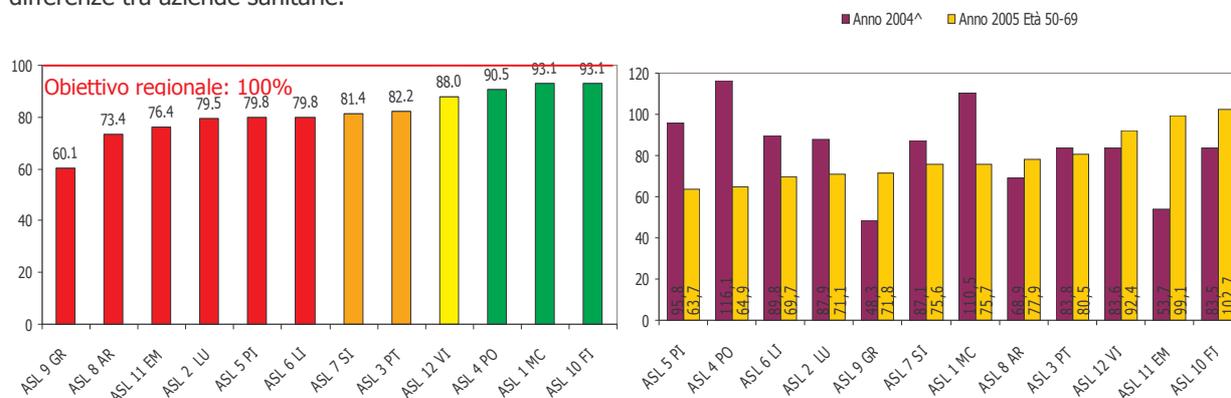
Gli obiettivi fissati dal piano sanitario regionale prevedono il perseguimento di obiettivi precisi tanto in termini di estensione che in termini di adesione agli stessi da parte della popolazione target. Per estensione si intende la percentuale di utenti invitati rispetto alla popolazione target individuata. Per adesione, invece, si intende il rapporto tra gli esami eseguiti e gli utenti invitati. Ai fini di una corretta analisi dei dati è importante effettuare alcune precisazioni. Tali obiettivi dovranno perseguirsi entro il triennio 2005-2007, così come fissato dal Piano Sanitario Regionale. Nella valutazione sono stati fissati degli obiettivi intermedi annuali.

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

Tanto per lo screening mammografico, che per quello della cervice uterina deve considerarsi come critica (fascia colore rosso) un'estensione inferiore all'80% (il dato va letto su due anni nel primo caso e su tre anni nel secondo caso); per lo screening coloretale si inizia a parlare di criticità (fascia colore arancione) per valori inferiori al 60% (questo dato deve perseguirsi in un biennio); per gli obiettivi di adesione si prevedono soglie ottimali del 70% per lo screening mammografico e coloretale e del 60% per lo screening della cervice uterina. I dati elaborati provengono dal "Rapporto sugli screening della Regione Toscana" (settimo rapporto annuale), a cura del Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (CSPO) e si riferiscono all'anno 2005.

3.1 - Gli screening mammografici

Per quanto riguarda gli screening mammografici, rivolti a donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni, l'estensione media regionale del biennio 2004-2005 è stata dell'81,8%. Si registrano, però, ancora forti differenze tra aziende sanitarie.



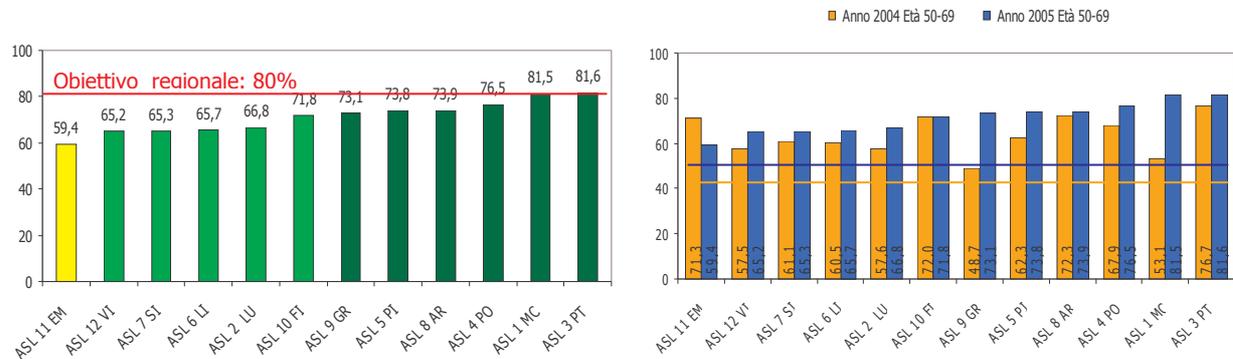
Soltanto in tre aziende sanitarie l'estensione⁹ agli screening mammografici ha superato il 90%; in particolare si segnala la scarsa performance di alcune aziende che hanno registrato percentuali di estensione inferiori al 80%. Si varia, infatti, dal 60,1% della AUSL 9 di Grosseto al 93,1% della AUSL 10 di Firenze.

Azienda	Popolazione bersaglio totale età 50-69	N° invitate 50-69 Anno 2005	Estensione		Estensione Media
			Anno 2005 Età 50-69	Anno 2004 [^]	
ASL 1 MC	26.621	10.081	75,7	110,5	93,10
ASL 2 LU	28.241	10.043	71,1	87,9	79,50
ASL 3 PT	36.543	14.702	80,5	83,8	82,15
ASL 4 PO	30.146	9.783	64,9	116,1	90,50
ASL 5 PI	43.628	13.894	63,7	95,8	79,75
ASL 6 LI	47.326	16.489	69,7	89,8	79,75
ASL 7 SI	34.151	12.902	75,6	87,1	81,35
ASL 8 AR	42.637	16.600	77,9	68,9	73,40
ASL 9 GR	30.544	10.969	71,8	48,3	60,05
ASL 10 FI	111.526	57.253	102,7	83,5	93,10
ASL 11 EM	28.464	14.097	99,1	53,7	76,40
ASL 12 VI	22.291	10.301	92,4	83,6	88,00
Media AUSL	40.177	16.426	78,8	84,1	81,42

[^] Popolazione di riferimento diversa

Definizione:	Estensione dello screening mammografico
Numeratore:	N. donne invitate allo screening in due anni
Denominatore:	Popolazione di riferimento (50-69)
Formula:	$\frac{\text{N. donne invitate allo screening in due anni}}{\text{Popolazione di riferimento (50-69)}}$
Note:	Si considera l'estensione grezza, poiché i dati per la corretta non risultano attendibili
Fonte:	I programmi di screening della regione Toscana - 7° rapporto annuale
Parametro di riferimento:	PSR 2005 - 2007

L'adesione, invece, presenta performance assai migliori, con una percentuale media regionale di partecipazione al programma di circa 71%. L'adesione corretta delle donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni varia tra il 59,4% della AUSL 11 di Empoli ed il 81,6% della AUSL 3 di Pistoia.



Se si confrontano i dati relativi all'adesione degli anni 2004 e 2005, si osserva che la percentuale di partecipazione al programma è aumentata in tutte le aziende. La media regionale di adesione allo screening mammografico è passata, infatti, dal 63,4% al 71,2%, con un miglioramento in tutte le aziende sanitarie. Solo l'AUSL di Empoli ha registrato un lieve peggioramento nell'anno 2005.

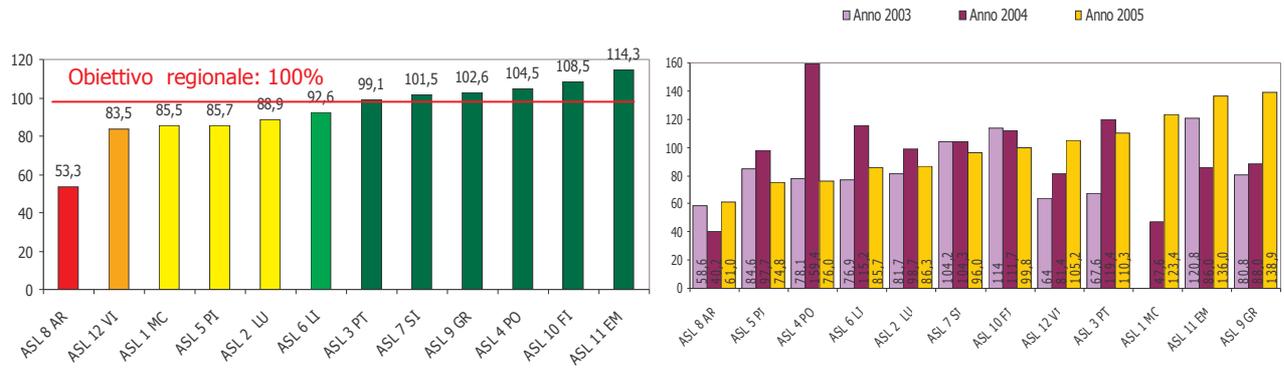
Azienda	N° invitate 50-69	N° inviti inesitati 50-69	N° escluse dopo invito per MX recente 50-69	N° rispondenti 50-69	Adesione corretta	
					Anno 2005 Età 50-69	Anno 2004 Età 50-69
ASL 1 MC	10.081	165	547	7.632	81,5	53,1
ASL 2 LU	10.043	21	7.018	70	66,8	57,6
ASL 3 PT	14.702	358	278	11.483	81,6	76,7
ASL 4 PO	9.783	12	880	6.804	76,5	67,9
ASL 5 PI	13.894	381	1.112	9.153	73,8	62,3
ASL 6 LI	16.489	214	78	10.637	65,7	60,5
ASL 7 SI	12.902	254	8.258	65	65,3	61,1
ASL 8 AR	16.600	163	1.095	11.333	73,9	72,3
ASL 9 GR	10.969	739	451	7.149	73,1	48,7
ASL 10 FI	57.253	613	2.084	39.156	71,8	72,0
ASL 11 EM	14.097	117	157	8.205	59,4	71,3
ASL 12 VI	10.301	390	717	5.992	65,2	57,5
Media AUSL	16.426	286	1.890	9.807	71,2	63,4

Definizione:	Adesione corretta dello screening mammografico
Numeratore:	N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico
Denominatore:	N. donne invitate allo screening mammografico
Formula:	$\frac{\text{N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico}}{\text{N. donne invitate allo screening mammografico}}$
Note:	Nelle donne invitate allo screening sono escluse coloro che hanno effettuato di recente una MX
Fonte:	I programmi di screening della regione Toscana - 7° rapporto annuale
Parametro di riferimento:	PSR 2005-2007

3.2 - Gli screening cervice uterina

Per quanto riguarda, invece, lo screening della cervice uterina, rivolto a donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni, si registra una estensione media regionale nel triennio 2003-2005 di circa il 93,3%. Se si osservano, però, le performance di ciascuna azienda si rilevano forti differenze.

⁹ Solo per gli screening mammografici è stata considerata l'estensione grezza.



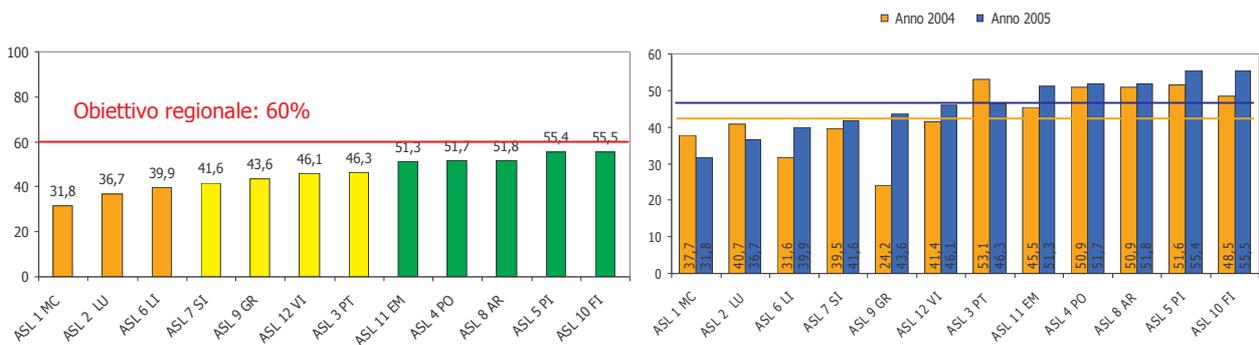
Se alcune aziende sanitarie hanno invitato una percentuale di donne superiore rispetto alla popolazione target, con una percentuale di estensione, quindi, superiore al 100%, altre, invece, mostrano livelli di estensione piuttosto bassi, con valori inferiori al 90%.

Disaggregando in dati relativi all'estensione nei tre anni 2003-2004-2005, si nota che in ogni azienda l'estensione in termini percentuali è aumentata rispetto al 2003 o comunque non è varita per quelle aziende che già nel 2003 mostravano ottime performance.

Azienda	Popolazione bersaglio/anno [^]	N° escluse	N° invitate	Estensione Corretta			Estensione media triennio 2003 - 2005
				Anno 2005	Anno 2004	Anno 2003	
ASL 1 MC	18.744	560	22.441	123,4	47,6		85,50
ASL 2 LU	19.929	0	17.204	86,3	98,7	81,7	88,90
ASL 3 PT	26.378	2.890	25.916	110,3	119,4	67,6	99,10
ASL 4 PO	22.835	0	17.363	76	159,4	78,1	104,50
ASL 5 PI	30.767	929	22.309	74,8	97,7	84,6	85,70
ASL 6 LI	32.472	0	27.830	85,7	115,2	76,9	92,60
ASL 7 SI	23.819	927	21.976	96	104,3	104,2	101,50
ASL 8 AR	30.754	1.089	18.110	61	40,2	58,6	53,27
ASL 9 GR	20.601	7.537	18.147	138,9	88	80,8	102,57
ASL 10 FI	76.105	12.127	63.828	99,8	111,7	114	108,50
ASL 11 EM	21.103	2.292	25.581	136	86	120,8	114,27
ASL 12 VI	15.833	3.855	12.600	105,2	81,4	64	83,53
Media AUSL	28.278	2.684	24.442	99,5	95,8	84,7	93,33

Definizione:	Estensione corretta dello screening della cervice uterina
Numeratore:	N. donne invitate allo screening nei tre anni consecutivi.
Denominatore:	Popolazione di riferimento (25-64)
Formula:	$\frac{\text{N. donne invitate allo screening per tre anni consecutivi}}{\text{Popolazione di riferimento (25-64)}}$
Note:	Nell'estensione corretta non si contano le donne escluse prima dell'invito
Fonte:	I programmi di screening della regione Toscana - 7° rapporto annuale.
Parametro di riferimento:	PSR 2005-2007

L'adesione allo stesso programma per l'anno 2005, invece, a livello regionale è di circa il 46%, con differenze tra le performance aziendali, che oscillano fino ad un massimo del 20%.



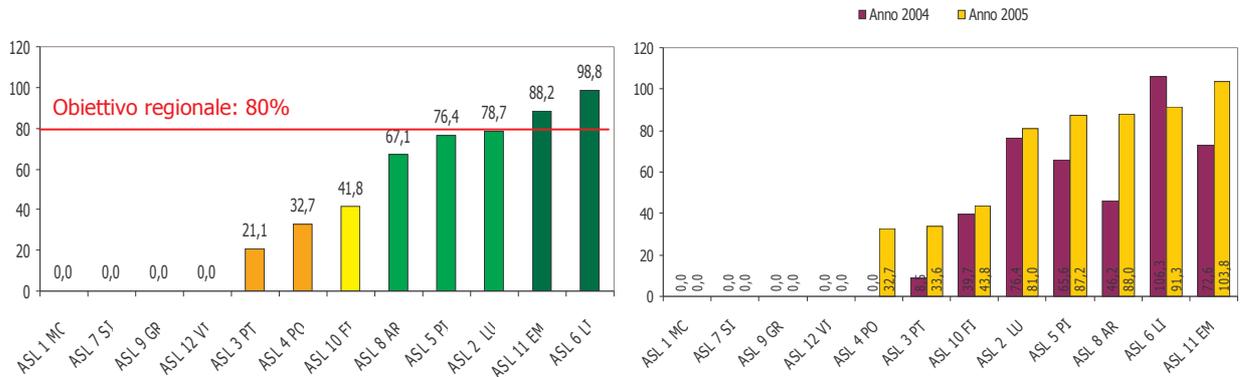
Azienda	N° invitate	N° inviti inesitati	N° escluse	N° rispondenti	Adesione corretta	
					Anno 2005	Anno 2004
ASL 1 MC	22.441	0	0	7.132	31,8	37,7
ASL 2 LU	17.204	91	0	6.282	36,7	40,7
ASL 3 PT	25.916	558	115	11.682	46,3	53,1
ASL 4 PO	17.363	51	2.074	7.884	51,7	50,9
ASL 5 PI	22.309	1.077	1.632	10.866	55,4	51,6
ASL 6 LI	27.830	1.095	150	10.620	39,9	31,6
ASL 7 SI	21.976	165	0	9.065	41,6	39,5
ASL 8 AR	18.110	121	1.649	8.463	51,8	50,9
ASL 9 GR	18.147	1.327	1.535	6.667	43,6	24,2
ASL 10 FI	63.828	1.446	2.480	33.221	55,5	48,5
ASL 11 EM	25.581	320	0	12.961	51,3	45,5
ASL 12 VI	12.600	667	5	5.493	46,1	41,4
Media AUSL	24.442	577	803	10.861	46,0	43,0

Definizione:	Adesione corretta dello screening cervice uterina
Numeratore:	N. donne che hanno partecipato allo screening
Denominatore:	N. donne invitate allo screening della cervice uterina
Formula:	$\frac{\text{N. donne che hanno partecipato allo screening}}{\text{N. donne invitate allo screening della cervice uterina}}$
Note:	Nell'adesione corretta non si contano le donne escluse dopo l'invito
Fonte:	I programmi di screening della regione Toscana - 7° rapporto annuale
Parametro di riferimento:	PSR 2005-2007

Il trend regionale rispetto all'adesione al programma mostra un lieve miglioramento tra il 2004 (43%) ed il 2005 (46%).

3.3 - Gli screening coloretali

Il programma di screening coloretale, rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni, non era stato attivato in tutte le aziende sanitarie: nel 2005 dovevano ancora dare avvio al servizio ancora la AUSL 1 di Massa Carrara, la AUSL 7 di Siena, la AUSL 9 di Grosseto, la AUSL 12 di Viareggio.



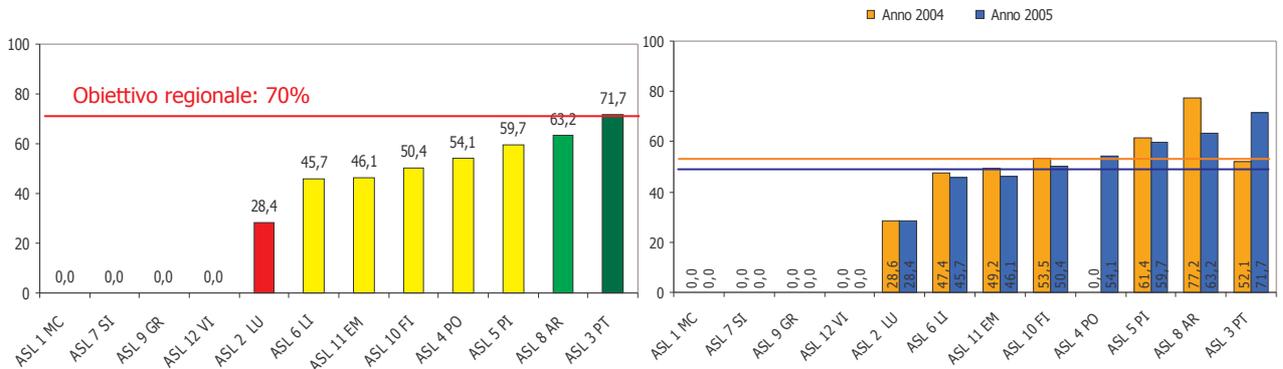
La media regionale dell'estensione è di circa il 63,1%, con notevoli differenze tra le AUSL. Come testimoniano i dati, alcune aziende non riescono ancora a garantire nel biennio l'invito alla metà della popolazione target. Se nel 2004 la media regionale relativa all'estensione degli inviti era di circa il 59,3%, nel 2005 è passata al 70,2 %. Da notare che la AUSL 4 di Prato ha attivato il servizio nell'anno 2005.

Azienda	Popolazione bersaglio/anno*	N° esclusi**	N° invitati	Estensione Corretta***		Estensione Media
				Anno 2005	Anno 2004	
ASL 1 MC**	27.082		na			
ASL 2 LU	28.947		23.433	81	76,4	78,7
ASL 3 PT*	36.709	1.340	11.880	33,6	8,5	21,05
ASL 4 PO*	30.435	529	9.789	32,7		32,7
ASL 5 PI	43.636	31	38.023	87,2	65,6	76,4
ASL 6 LI	47.031		42.962	91,3	106,3	98,8
ASL 7 SI**	34.597		na			
ASL 8 AR	43.587	337	38.070	88	46,2	67,1
ASL 9 GR***	30.789		na			
ASL 10 FI	110.144	6.234	45.481	43,8	39,7	41,75
ASL 11 EM	28.736		29.840	103,8	72,6	88,2
ASL 12 VI**	22.364		na			
Media AUSL	40.338	1.694	29.935	70,2	59,3	63,1

Definizione:	Estensione corretta dello screening coloretale
Numeratore:	N. inviti allo screening coloretale in due anni
Denominatore:	Popolazione di riferimento (50-70)
Formula:	$\frac{\text{N. inviti allo screening in due anni}}{\text{Popolazione di riferimento (50-70)}}$
Note:	Nell'estensione corretta non si contano le persone escluse prima dell'invito
Fonte:	I programmi di screening della regione Toscana - 7° rapporto annuale.
Parametro di riferimento:	PSR 2005-2007

* Metà della popolazione residente di età 50-70 anni - ISTAT 31.12.04;
 ** N. esclusi prima dell'invito;
 *** Estensione aggiustata per persone escluse prima dell'invito.

La partecipazione media regionale al programma è stata del 51,6% per l'anno 2005, simile a quella del 2004 (50,4%). La AUSL 2 di Lucca mostra una performance scarsa: solo il 28,4%, infatti, degli invitati partecipa effettivamente al programma. Buone, invece, le performance dell'AUSL 8 di Arezzo e della AUSL 3 di Pistoia.



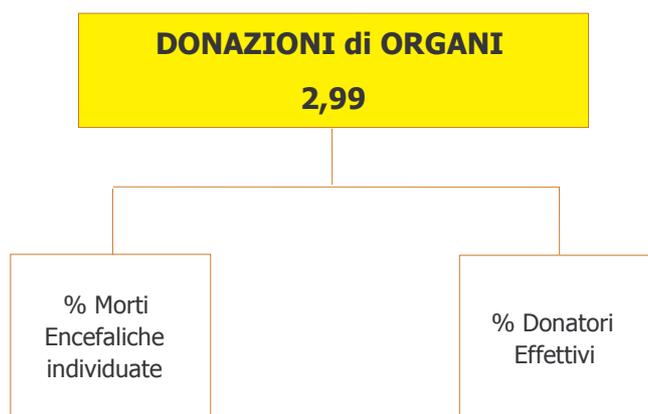
Tra il 2004 ed il 2005 non si evidenziano sostanziali differenze nel trend delle aziende. Se nel 2004 l'adesione media regionale era del 53%, nel 2005 è stata del 52%.

Azienda	N° invitati	N° inviti inesitati	N° esclusi	N° rispondenti	Adesione Corretta	
					Anno 2005	Anno 2004
ASL 1 MC						
ASL 2 LU	23.433	59		6.643	28,4	28,6
ASL 3 PT	11.880	54		8.483	71,7	52,1
ASL 4 PO	9.789	43	14	5.263	54,1	
ASL 5 PI	38.023	981	27	22.100	59,7	61,4
ASL 6 LI	42.962	731	79	19.273	45,7	47,4
ASL 7 SI						
ASL 8 AR	38.070	479	191	23.624	63,2	77,2
ASL 9 GR						
ASL 10 FI	45.481	877	205	22.374	50,4	53,5
ASL 11 EM	29.840	70	335	13.582	46,1	49,2
ASL 12 VI						
Media AUSL	29.935	412	142	15.168	52,4	53,4

Definizione:	Adesione corretta dello screening coloretale
Numeratore:	N. persone che hanno partecipato allo screening coloretale
Denominatore:	N. inviti allo screening coloretale
Formula:	$\frac{\text{N. persone che hanno partecipato allo screening coloretale}}{\text{N. inviti allo screening coloretale}}$
Note:	Nell'adesione corretta non si contano le persone escluse dopo l'invito
Fonte:	I programmi di screening della regione Toscana - 7° rapporto annuale
Parametro di riferimento:	PSR 2005-2007

4. DONAZIONI DI ORGANI – B6 di B. Lupi

L'indicatore B6 relativo alle donazioni di organi è costituito da due sottoindicatori, che insieme permettono di valutare l'intero processo di donazioni, dall'individuazione del potenziale donatore al prelievo degli organi.



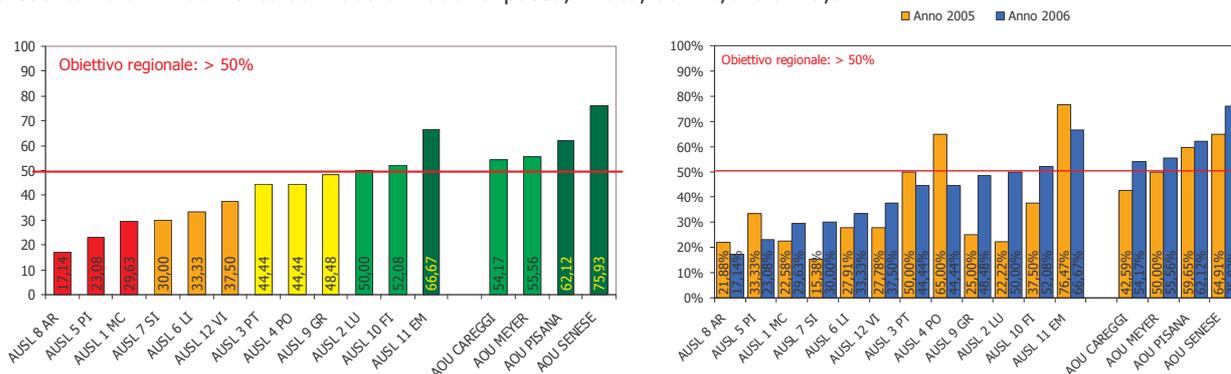
I dati provengono dal Programma Qualità Donazione Organi e Tessuti OTT del Centro Regionale Referente per la Qualità della Donazione Organi e Tessuti AOUI Pisa.

Il primo indicatore (la percentuale di morti encefaliche individuate) valuta la percentuale di individuazione dei potenziali donatori di organi; si tratta di un indicatore ad elevata specificità, in quanto il rapporto considera solo i decessi in UTI che possono esitare in morti encefaliche e misura, pertanto, il potenziale di generazione di donatori di organi.

Il secondo indicatore (percentuale di donatori effettivi) misura la percentuale di donatori effettivi di organi, è dato dal rapporto fra donatori effettivi su morti encefaliche, che misura, in forma aggregata ma scomponibile, le fasi del processo della donazione dalla segnalazione del potenziale donatore (morti encefaliche) al prelievo degli organi.

4.1 - Percentuale di individuazione dei potenziali donatori di organi

L'indicatore presenta valori piuttosto disomogenei fra le varie aziende: l'obiettivo regionale del 50% di individuazione delle morti encefaliche viene raggiunto sempre nelle aziende ospedaliero-universitarie, mentre, per quanto riguarda le aziende territoriali, solo tre lo raggiungono. Bisogna comunque tenere presente che il numero dei casi su cui viene calcolato l'indicatore è molto ridotto, pertanto la percentuale può variare anche notevolmente per una stessa azienda da un anno all'altro. Nel complesso, a livello regionale, l'indicatore presenta valori in aumento dal 2005 al 2006: si passa, infatti, dal 42,6% al 49,3%.



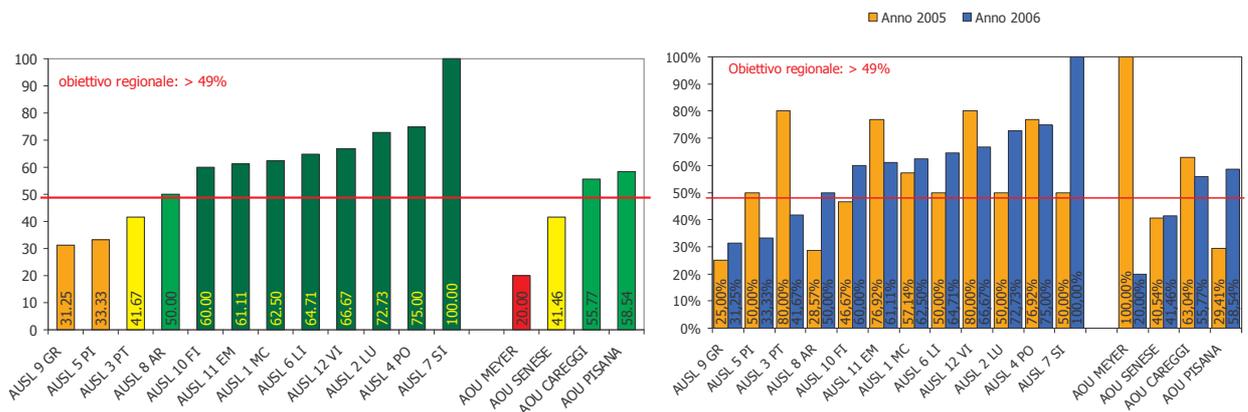
Azienda	Anno 2005			Anno 2006		
	% morti encefaliche individuate	N. morti encefaliche	N. decessi con lesioni cerebrali	% morti encefaliche individuate	N. morti encefaliche	N. decessi con lesioni cerebrali
AUSL 1 MC	22,58%	7	31	29,63%	8	27
AUSL 2 LU	22,22%	4	18	50,00%	11	22
AUSL 3 PT	50,00%	10	20	44,44%	12	27
AUSL 4 PO	65,00%	13	20	44,44%	8	18
AUSL 5 PI	33,33%	2	6	23,08%	3	13
AUSL 6 LI	27,91%	12	43	33,33%	17	51
AUSL 7 SI	15,38%	2	13	30,00%	3	10
AUSL 8 AR	21,88%	7	32	17,14%	6	35
AUSL 9 GR	25,00%	4	16	48,48%	16	33
AUSL 10 FI	37,50%	15	40	52,08%	25	48
AUSL 11 EM	76,47%	13	17	66,67%	18	27
AUSL 12 VI	27,78%	5	18	37,50%	6	16
AOU PISANA	59,65%	34	57	62,12%	41	66
AOU SENESE	64,91%	37	57	75,93%	41	54
AOU CAREGGI	42,59%	46	108	54,17%	52	96
AOU MEYER	50,00%	1	2	55,56%	5	9
Regione	42,57%	212	498	49,28%	272	552

Definizione:	Percentuale di Morti Encefaliche individuate
Numeratore:	N. di Morti Encefaliche
Denominatore:	N. decessi con lesioni cerebrali nelle UTI dotate di ventilatore meccanico
Formula matematica:	$\frac{\text{N. Morti Encefaliche}}{\text{N. decessi con lesioni cerebrali nelle UTI}} \times 100$
Fonte:	Programma Qualità Donazione Organi e Tessuti OTT
Parametro di riferimento:	Obiettivo Regionale >50%
Significato:	E' un indicatore che valuta la qualità della individuazione dei potenziali donatori di organi nelle UTI

4.2 - Percentuale di Donatori Effettivi di Organi

La percentuale di donatori effettivi è il risultato dell'intero processo di donazione, costituito da una serie di fasi che comprendono la segnalazione della morte encefalica, il mantenimento, l'accertamento della morte, il colloquio con i familiari, vari fattori locali e organizzativi e infine il prelievo.

L'indicatore presenta una notevole variabilità fra le aziende: si passa da un massimo di 31,2% di Grosseto al 100% di Siena; come nel caso del precedente indicatore, anche per questo i numeri su cui si calcola la percentuale di donatori effettivi sono molto ridotti, è pertanto possibile che i valori varino anche notevolmente da un anno all'altro.



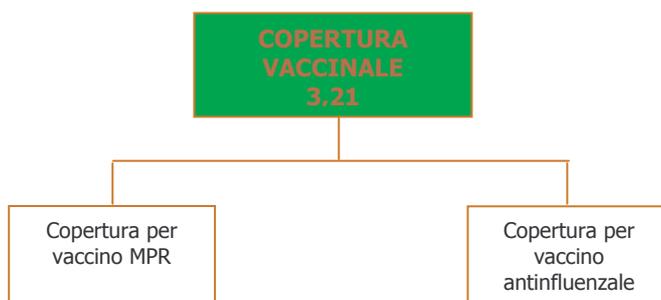
Azienda di Residenza	Anno 2005			Anno 2006		
	% di Donatori Effettivi	N. di Donatori Effettivi	N. di Morti Encefaliche	% di Donatori Effettivi	N. di Donatori Effettivi	N. di Morti Encefaliche
AUSL 1 MC	57,14%	4	7	62,50%	5	8
AUSL 2 LU	50,00%	2	4	72,73%	8	11
AUSL 3 PT	80,00%	8	10	41,67%	5	12
AUSL 4 PO	76,92%	10	13	75,00%	6	8
AUSL 5 PI	50,00%	1	2	33,33%	1	3
AUSL 6 LI	50,00%	6	12	64,71%	11	17
AUSL 7 SI	50,00%	1	2	100,00%	3	3
AUSL 8 AR	28,57%	2	7	50,00%	3	6
AUSL 9 GR	25,00%	1	4	31,25%	5	16
AUSL 10 FI	46,67%	7	15	60,00%	15	25
AUSL 11 EM	76,92%	10	13	61,11%	11	18
AUSL 12 VI	80,00%	4	5	66,67%	4	6
AOU PISANA	29,41%	10	34	58,54%	24	41
AOU SENESE	40,54%	15	37	41,46%	17	41
AOU CAREGGI	63,04%	29	46	55,77%	29	52
AOU MEYER	100,00%	1	1	20,00%	1	5
Regione	52,36%	111	212	54,41%	148	272

Definizione:	Percentuale di Donatori Effettivi
Numeratore:	N. di Donatori Effettivi
Denominatore:	N. di Morti Encefaliche
Formula matematica:	$\frac{\text{N. Donatori Effettivi}}{\text{N. Morti Encefaliche}} \times 100$
Fonte:	Programma Qualità Donazione Organi e Tessuti OTT
Parametro di riferimento:	Obiettivo Regionale >49%
Significato:	E' un indicatore che valuta la qualità del processo della Donazione nelle fasi successive alla individuazione

5. COPERTURA VACCINALE – B7 di S. Barsanti

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

L'indicatore, quindi, risulta così composto.

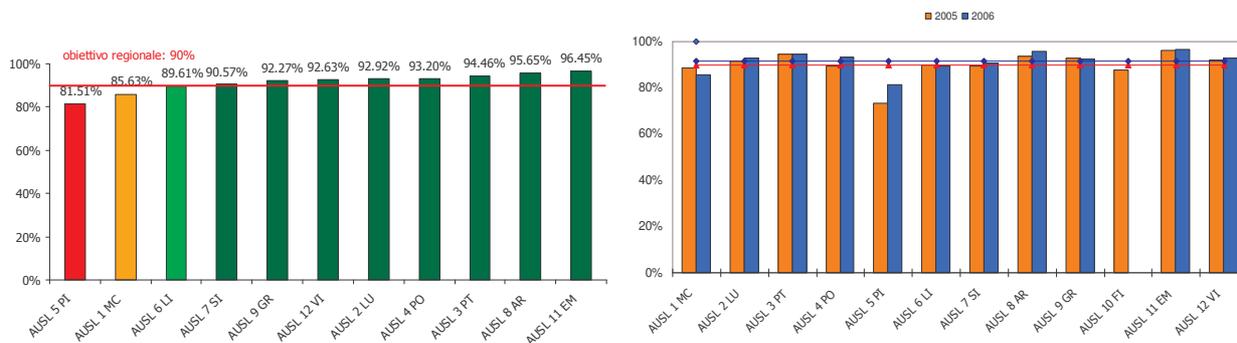


A livello regionale la valutazione della copertura vaccinale è buona, con un punteggio medio di 3,21.

5.1 - Il vaccino per MPR

Il vaccino MPR è un unico vaccino grazie al quale è possibile prevenire morbillo, parotite e rosolia. Il calcolo della copertura vaccinale per MPR è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre di ogni anno e il numero di bambini potenzialmente vaccinabili. La Regione Toscana ha fissato come obiettivo di copertura il 90% della popolazione target.

Per l'anno 2007 la media regionale di copertura di tale vaccino è stata di circa il 91,35% (escluso il valore della AUSL 10 di Firenze, non disponibile al momento della pubblicazione).



La maggior parte delle aziende sanitarie riesce a raggiungere l'obiettivo del 90% di copertura; solo la AUSL 5 di Pisa e la AUSL 1 di Massa Carrara si discostano notevolmente dall'obiettivo regionale, con rispettivamente una percentuale di copertura dell'81,51% e dell' 85,63%.

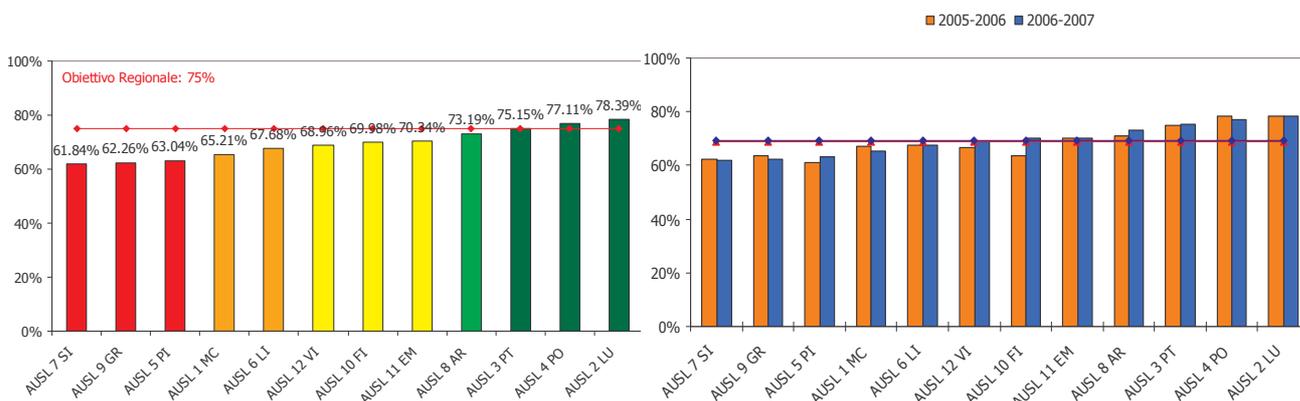
Rispetto alla media regionale del 2005 (89,43%), nell'anno 2006 si registra un lieve miglioramento (91,35%).

Azienda	2006			2005			Definizione:
	Grado di copertura per vaccino MPR	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR	N° bambini vaccinabili	Grado di copertura per vaccino MPR	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR	N° bambini vaccinabili	
AUSL 1 MC	85.63%	1335	1559	88.62%	1.394	1.573	Grado di copertura per vaccino antinfluenzale
AUSL 2 LU	92.92%	1732	1864	91.36%	1.681	1.840	Numeratore: Vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o superiore a 65 anni
AUSL 3 PT	94.46%	2355	2493	94.60%	2.295	2.426	Denominatore: Popolazione di età pari o superiore a 65 anni (FONTE ISTAT, 31/12/2004)
AUSL 4 PO	93.20%	2205	2366	89.27%	1.981	2.219	Formula matematica: $\frac{\text{Vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o superiore a 65 anni} \times 100}{\text{Popolazione di età pari o superiore a 65 anni}}$ (FONTE ISTAT, 31/12/2004)
AUSL 5 PI	81.51%	2363	2899	73.33%	2.002	2.730	Fonte: Regione Toscana Direzione Generale Diritto alla Salute Settore Igiene Pubblica
AUSL 6 LI	89.61%	2544	2839	89.94%	2.415	2.685	Parametro di riferimento: Obiettivo regionale
AUSL 7 SI	90.57%	1970	2175	89.61%	1.932	2.156	
AUSL 8 AR	95.65%	2880	3011	93.72%	2.597	2.771	
AUSL 9 GR	92.27%	1504	1630	92.69%	1.382	1.491	
AUSL 10 FI				87.72%	6.243	7.117	
AUSL 11 EM	96.45%	2062	2138	96.27%	1.962	2.038	
AUSL 12 VI	92.63%	1206	1302	92.03%	1.178	1.280	
MEDIA AUSL	91.35%	2014.18	2206.91	89.93%	2.255	2.527	

5.2 - Il vaccino antinfluenzale

Il vaccino antinfluenzale si riceve gratuitamente dal proprio medico di famiglia o dal centro vaccinale della AUSL ed è consigliato, per la stagione invernale, ad alcune tipologie di soggetti a rischio, come ad esempio gli anziani, persone con malattie croniche e familiari di soggetti ad alto rischio, categorie professionali a rischio ecc... I residenti di età pari o superiore ai 65 anni sono comunque considerati il target prioritario per la vaccinazione. L'indicatore, quindi, è calcolato come rapporto tra le vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o maggiore di 65 anni e la popolazione residente totale di età pari o inferiore ai 65 anni, secondo i dati ISTAT aggiornati al 31/12/2004.

L'obiettivo regionale è fissato al 75% di copertura per la popolazione target. La media regionale di copertura per vaccino antinfluenzale per la stagione 2006-2007 è stata del 69,43%.



La situazione regionale risulta assai eterogenea: soltanto tre aziende sanitarie riescono a raggiungere una copertura maggiore del 75%, con la best practise della AUSL 2 di Lucca con il 78,39% di copertura; le AUSL di Siena, Grosseto e Pisa mostrano, invece, percentuali di copertura inferiori al 65%.

Non si evidenziano variazioni significative tra la stagione 2005-2006 e la stagione 2006-2007; da notare il notevole miglioramento della AUSL 10 di Firenze che passa dal 63,61% al 69,98%.

Azienda	2005-2006			2006-2007		
	Grado di copertura per vaccino antinfluenzale	Vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o superiore a 65 anni	Popolazione di età pari o superiore a 65 anni (FONTE ISTAT, 31/12/2002)	Grado di copertura per vaccino antinfluenzale	Vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o superiore a 65 anni	Popolazione di età pari o superiore a 65 anni (FONTE ISTAT, 31/12/2004)
AUSL 1 MC	67.12%	31,786	47,357	65.21%	31,354	48,082
AUSL 2 LU	78.32%	38,859	49,613	78.39%	39,402	50,264
AUSL 3 PT	75.06%	46,392	61,806	75.15%	47,184	62,786
AUSL 4 PO	78.31%	36,500	46,609	77.11%	36,820	47,749
AUSL 5 PT	61.09%	44,445	72,758	63.04%	46,277	73,407
AUSL 6 LI	67.51%	54,272	80,397	67.68%	55,904	82,596
AUSL 7 SI	62.35%	40,750	65,354	61.84%	40,813	65,997
AUSL 8 AR	71.16%	53,964	75,840	73.19%	55,995	76,502
AUSL 9 GR	63.57%	34,410	54,128	62.26%	34,037	54,671
AUSL 10 FI	63.61%	120,253	189,037	69.98%	133,586	190,897
AUSL 11 EM	69.95%	34,563	49,409	70.34%	35,258	50,125
AUSL 12 VI	66.79%	24,494	36,674	68.96%	25,766	37,363
MEDIA AUSL	68.74%	46,724	69,082	69.43%	48,533	70,037

Definizione:	Grado di copertura per vaccino MPR
Numeratore:	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR
Denominatore:	N° bambini vaccinabili
Formula matematica:	$\frac{\text{Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR} \times 100}{\text{N° bambini vaccinabili}}$
Fonte:	Fonte: Regione Toscana Direzione Generale Diritto alla Salute Settore Igiene Pubblica
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale

6. TEMPESTIVITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI AZIENDALI AL SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE – B8 di S. Barsanti

Il Sistema Sanitario Toscano, nell'attuale piano sanitario, conferma il processo di implementazione ed evoluzione del sistema informativo regionale iniziato con il precedente piano sanitario, con l'obiettivo cardine di sviluppare una "cultura dell'informazione e del dato", come supporto alle decisioni sia in termini di programmazione ed organizzazione del sistema, sia in termini di processi clinici ed assistenziali. Relativamente ai flussi informativi regionali, il sistema si è orientato inizialmente sulla tempestività di invio dei dati contenuti nei principali flussi informativi. Passo successivo sarà quello di valutare anche la qualità delle stesse informazioni tramite indici specifici.

L'indicatore B8, sviluppato all'interno del sistema di valutazione dal Settore Sistema Informativo Socio-Sanitario del Dipartimento del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana, è calcolato tramite l'indice di latenza annuale aziendale. Il tempo di latenza è il tempo che intercorre tra la data di erogazione di una prestazione e la data di invio del relativo record al Sistema Informativo Regionale. L'indice di latenza mensile di ogni flusso è costruito come rapporto tra il numero medio di giorni di latenza e il numero massimo di giorni di latenza per quel mese.

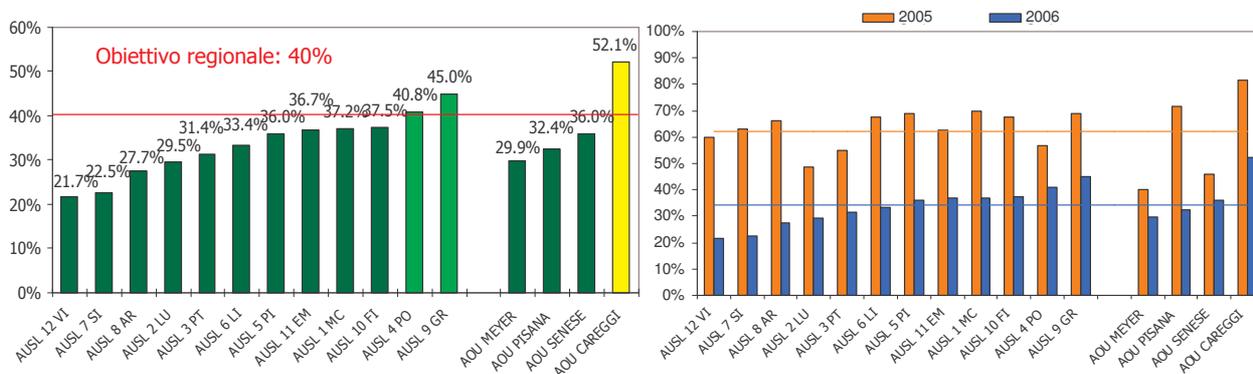
L'indice varia tra 0, se i dati sono inviati lo stesso giorno in cui accade l'evento e 100, se i dati sono inviati l'ultimo giorno disponibile. L'indice di latenza annuale, per ogni singolo flusso, si ottiene tramite media aritmetica dei 12 indici mensili. L'indice di latenza annuale aziendale si calcola come media aritmetica di tutti gli indici annuali di flusso. Tanto minore è, quindi, il valore dell'indicatore, tanto più l'azienda invia tempestivamente i dati relativi ai flussi indicati al SIR.

I flussi informativi considerati per il calcolo sono:

Certificati di Assistenza al Parto;	Prestazioni Farmaceutiche;
Aborti Spontanei;	Prestazioni Termali;
Interruzioni volontarie di Gravidanza;	Prestazioni di Riabilitazione;
Farmaci Erogati Direttamente;	Trasporti con Elisoccorso;
Prestazioni Ambulatoriali;	Contenuti e tracciati delle Prestazioni di Ricovero.
Prestazioni di Assistenza Protetica;	

**TEMPESTIVITA' DI
TRASMISSIONE DATI AL SIR
4,47**

L'obiettivo regionale è fissato al 40%. La valutazione regionale per tale indicatore è di 4,47; tale punteggio evidenzia un'ottima performance delle aziende.



Per l'anno 2006 il valore medio regionale di tempestività dei dati è stato di circa il 34,36%. Tutte le aziende hanno raggiunto, quindi, l'obiettivo prefissato, esclusa l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, che ha un indice pari al 52,1%. Rispetto ai dati del 2005, tutte le aziende sanitarie mostrano un netto miglioramento: la media regionale, infatti, passa dal 62,12% nell'anno 2005 al 34,36% del 2006.

Azienda di erogazione	Indice di latenza annuale aziendale 2005	Indice di latenza annuale aziendale 2006
AUSL 1 MC	69.80%	37.15%
AUSL 2 LU	48.45%	29.45%
AUSL 3 PT	54.84%	31.42%
AUSL 4 PO	56.60%	40.85%
AUSL 5 PI	69.01%	36.01%
AUSL 6 LI	67.73%	33.42%
AUSL 7 SI	63.09%	22.50%
AUSL 8 AR	66.36%	27.65%
AUSL 9 GR	69.13%	44.99%
AUSL 10 FI	67.49%	37.49%
AUSL 11 EM	62.70%	36.73%
AUSL 12 VI	59.76%	21.73%
AOU PISANA	71.79%	32.43%
AOU SENESE	45.86%	35.99%
AOU CAREGGI	81.31%	52.09%
AOU MEYER	39.94%	29.86%
Media Intra-regionale	62.12%	34.36%

Definizione:	Indice di latenza annuale aziendale
Calcolo:	Indice di latenza mensile di flusso: $\frac{n. \text{ medio di gg. di latenza}}{n. \text{ max di gg. di latenza}}$ Indice di latenza mensile: media aritmetica indice latenza mensile di ogni flusso Indice di latenza annuale: media aritmetica dei 12 indici di latenza mensili
Flussi considerati nel calcolo:	Certificati di assistenza al parto; Aborti Spontanei; Interruzioni volontarie di Gravidanza; Farmaci Erogati Direttamente; Prestazioni Ambulatoriali; Prestazioni di Assistenza Protetica; Prestazioni Farmaceutiche; Prestazioni Termali; Prestazioni di Riabilitazione; Trasporti con Elisoccorso; Contenuti e tracciati delle Prestazioni di Ricovero.
Fonte:	Sistema Informativo Regionale
Parametro di riferimento:	Obiettivo Regionale
Significato:	E' un indicatore che valuta la tempestività con cui l'azienda invia i dati al sistema informativo regionale.

7. EQUITÀ ED ACCESSO AI SERVIZI SANITARI – B9 di S. Barsanti

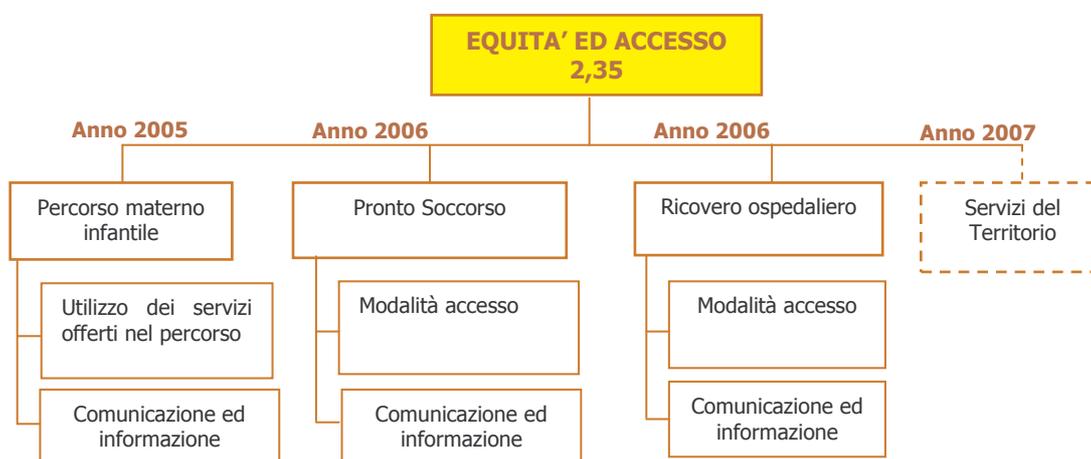
L'offerta delle aziende sanitarie deve in primo luogo rispondere al principio secondo cui il nostro sistema sanitario è un sistema universale, garantito ad ogni cittadino, senza distinzioni "di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti dei servizi" (dlgs.23 dicembre 1978, n.833). La Regione Toscana, anche all'interno del Piano sanitario regionale 2005-2007, si propone tra gli

obiettivi di salute la riduzione delle disuguaglianze nella fruizione e qualità dei servizi, sia territoriali, sia di tipo socio-economico.

L'indicatore B9 costruito all'interno del sistema di valutazione, infatti, ha lo scopo di evidenziare, all'interno del sistema sanitario regionale, eventuali disuguaglianze nell'erogazione dei servizi, con particolare attenzione alla fase di accesso, secondo le caratteristiche socioeconomiche dei pazienti. Data la mancanza fino ad oggi nei principali flussi informativi regionali di informazioni riguardanti il livello socioeconomico dei pazienti, l'indicatore è stato sviluppato a partire dai risultati di alcune indagini telefoniche di soddisfazione dell'utenza, condotte nel 2005/2006 dal Laboratorio MeS e Regione Toscana, su un campione statisticamente rappresentativo a livello aziendale e regionale¹⁰.

All'interno del questionario, completamente anonimo, è stata rilevato il titolo di studio di ciascun paziente che ha partecipato all'indagine: il titolo di studio costituisce una buona *proxy* del livello socio-economico di un individuo per analisi di accesso ai servizi sanitari (Costa, 1994). Le risposte dei pazienti sono state poi elaborate in base al titolo di studio degli stessi, al fine di poter evidenziare eventuali disuguaglianze all'interno del sistema per pazienti più svantaggiati.

I punti di accesso considerati ai fini della valutazione e le relative indagini sono: il percorso materno infantile (Indagine di soddisfazione delle utenti nel percorso nascita anno 2004/2005 –Laboratorio MeS Regione Toscana-), il pronto soccorso (Indagine di soddisfazione degli utenti nel percorso emergenza urgenza 2006 – Laboratorio MeS Regione Toscana), il ricovero ospedaliero ordinario (Indagine di soddisfazione degli utenti nei servizi di ricovero ordinario 2006, Laboratorio MeS-Regione Toscana), i servizi territoriali (Indagine di soddisfazione degli utenti nei servizi territoriali 2007, Laboratorio MeS-Regione Toscana, ancora in corso).



Ciascun punto di accesso, successivamente, è stato analizzato su alcuni aspetti fondamentali, tra cui:

- le modalità di accesso al servizio,
- l'utilizzo del servizio offerto,
- la comunicazione e l'informazione verso il paziente.

In particolare ogni aspetto analizzato è stato valutato sia secondo una logica di accesso, indipendentemente dal titolo di studio del paziente, sia secondo una logica di equità, ovvero considerando la distribuzione del titolo di studio dei pazienti ai fini della valutazione della performance.

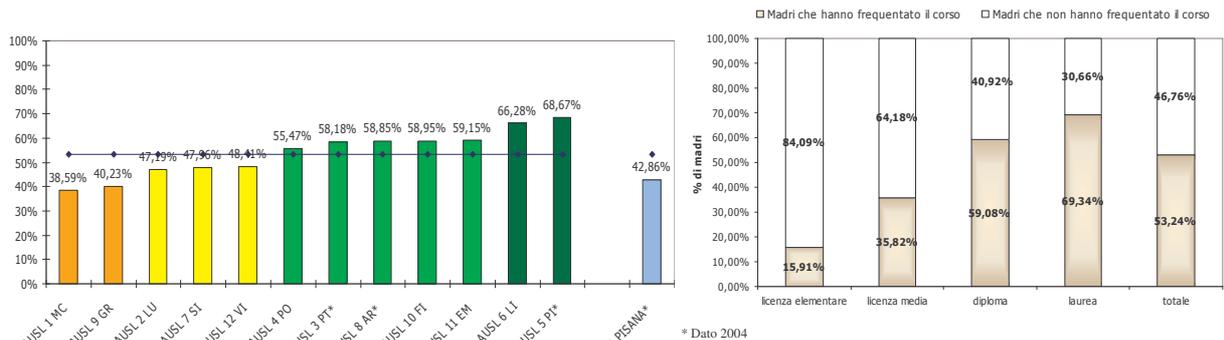
A livello regionale la valutazione si attesta su valori medi (2,35). Per ciascun punto di accesso, riportiamo alcuni risultati principali sia a livello aziendale, che a livello regionale.

7.1 - Utilizzo dei servizi offerti: il corso di preparazione alla nascita

Per quanto riguarda il percorso materno infantile, risultati interessanti si sono riscontrati nella partecipazione al corso di preparazione al parto. È ormai sostenuto dalla maggior parte dei medici che i corsi di preparazione alla nascita siano strumenti utili per aumentare la consapevolezza delle madri e che risultino associati ad una riduzione degli esiti negativi per la salute della madre e del bambino. Si evidenzia nei grafici seguenti la percentuale di madri che hanno frequentato il corso per ciascuna azienda di residenza.

Secondo la Delibera Regionale DRG 784/2004, la fruizione di tale servizio dovrebbe essere garantita a circa l'80% delle madri primipare. Le percentuali di utilizzo di tale servizio variano tra le aziende sanitarie, invece, da un minimo del 38% ad un massimo del 65%.

¹⁰ Per ulteriori dettagli sulle modalità delle indagini si veda il capitolo dedicato alla valutazione esterna.



Osservando la distribuzione dell'accesso al corso di preparazione alla nascita secondo il titolo di studio della madre, si nota che la frequenza del corso è fortemente influenzata dal titolo di studio della madre: solo il 15% delle madri con livelli di istruzione più bassi frequenta il corso, tale percentuale sale al 69,34% per le madri laureate. Si può ipotizzare, quindi, che il servizio (corso di preparazione alla nascita) non sia erogato equamente tra le madri.

Azienda di erogazione	% minima di madri che hanno frequentato il corso	titolo di studio della madre associato alla percentuale minima	% massima di madri che hanno frequentato al corso	titolo di studio della madre associato alla percentuale massima	differenza tra la % minima e la % massima di accesso al corso
AUSL 1 MC	23,26%	scuola dell'obbligo	53,33%	laurea	30,07%
AUSL 9 GR	34,29%	scuola dell'obbligo	58,97%	laurea	24,69%
AUSL 2 LU	46,30%	scuola dell'obbligo	68,75%	laurea	22,45%
AUSL 7 SI	39,77%	scuola dell'obbligo	78,72%	diploma	38,95%
AUSL 12 VI	62,79%	scuola dell'obbligo	100,00%	laurea	37,21%
AUSL 3 PT	39,19%	scuola dell'obbligo	84,09%	laurea	44,90%
AUSL 8 AR	19,40%	scuola dell'obbligo	63,83%	laurea	44,43%
AUSL 10 FI	35,37%	scuola dell'obbligo	76,09%	laurea	40,72%
AUSL 11 EM	25,58%	scuola dell'obbligo	69,23%	laurea	43,65%
AUSL 4 PO	38,20%	scuola dell'obbligo	77,01%	laurea	38,81%
AUSL 5 PI	33,93%	scuola dell'obbligo	85,19%	laurea	51,26%
AUSL 6 LI	32,56%	scuola dell'obbligo	67,74%	laurea	35,18%
AOU PISANA	25,00%	scuola dell'obbligo	48,84%	diploma	23,84%

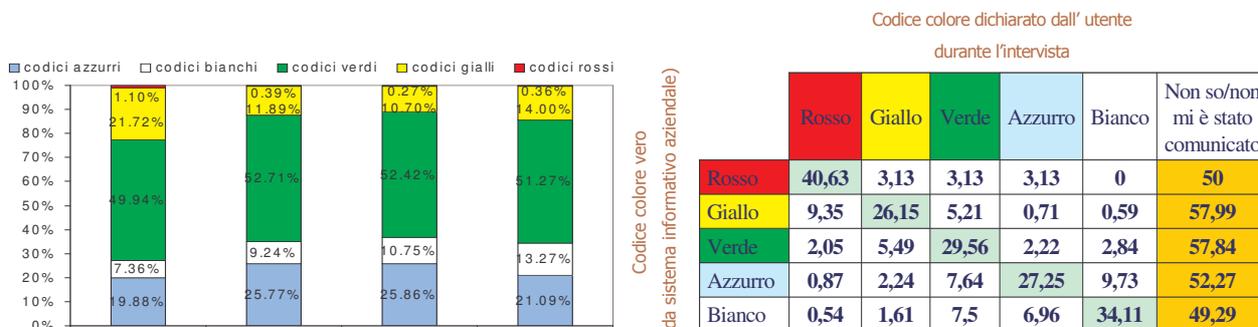
Definizione:	Frequenza corso di preparazione al parto
Numeratore:	Numero di utenti che hanno dichiarato di aver/non aver partecipato al corso di preparazione al parto per titolo di studio, escluse le madri che hanno risposto di non aver partecipato al corso perché già frequentato in edizioni precedenti
Denominatore:	Numero di utenti che hanno partecipato all'intervista
Formula matematica:	Numero di utenti che hanno dichiarato di aver/non aver partecipato al corso di preparazione al parto per titolo di studio, escluse le madri che hanno risposto di non aver partecipato al corso perché già frequentato in edizioni precedenti x100 Numero di utenti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio
Quesiti:	"Ha partecipato ad un corso di preparazione al parto?"
Titolo di studio:	1. Nessun titolo o licenza elementare; 2. Licenza media inferiore; 3. Licenza media superiore; 4. Titolo universitario. (dichiarato nell'intervista)
Fonte:	Indagine telefonica "La soddisfazione delle utenti nel percorso materno infantile" Anno 2004-2005

Se si analizza il motivo per cui le madri hanno deciso di non frequentare il corso, si nota che la percentuale di donne che ritenevano il corso non utile o che erano disinformate diminuisce con l'aumentare del titolo di studio: circa il 34% delle madri con licenza elementare, infatti, considera il corso non utile o era disinformata; tale percentuale si riduce al 5% nelle madri con titolo universitario.

È evidente, quindi, una forte asimmetria informativa a scapito delle madri più svantaggiate che, invece, dovrebbero essere destinatarie di politiche selettive per la riduzione delle disuguaglianze (Nutti, Barsanti 2006).

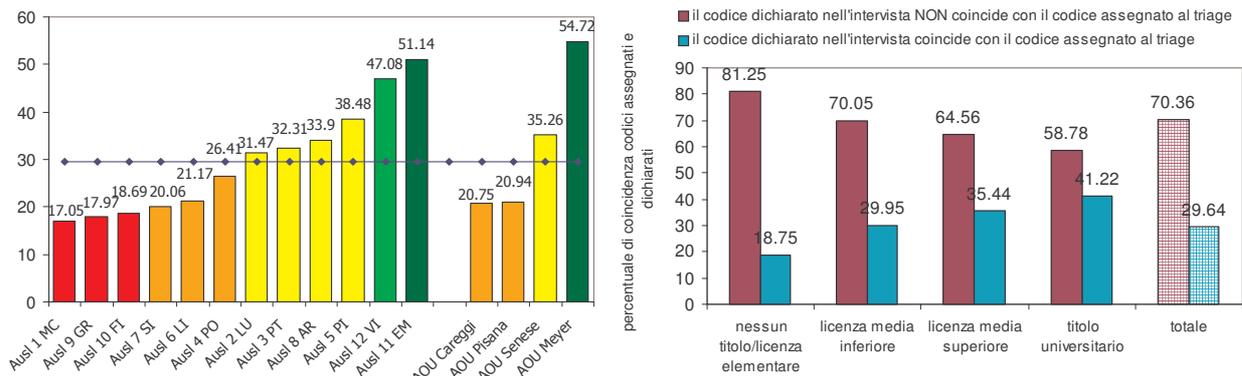
7.2 - Comunicazione ed informazione: il triage al pronto soccorso

Per quanto riguarda la comunicazione e l'informazione al paziente, particolari risultati emergono nella fase di assegnazione del codice colore al triage del pronto soccorso, dove risultano evidenti differenze a scapito di coloro che hanno livelli di istruzione più bassi. In generale, la maggior parte delle persone che si reca in pronto soccorso ha bisogno di cure soprattutto di carattere ambulatoriale: mediamente su dieci codici assegnati, sette sono di colore verde, due bianchi e uno giallo/rosso (Bruni et al., 2006). Osservando la distribuzione dei codici colore per titolo di studio, si nota che i codici verdi rappresentano la maggioranza dei codici assegnati.



La conoscenza del proprio codice colore risulta essere una componente fondamentale durante la permanenza al pronto soccorso, proprio perché costituisce l'elemento che contraddistingue la priorità per i pazienti sulla base dell'effettiva gravità, più che sull'ordine di arrivo. Le percentuali di coloro che hanno dichiarato nell'intervista telefonica lo stesso codice colore assegnato al triage, indipendentemente dal titolo di

studio, sono relativamente basse: ad esempio solo il 29% di coloro che hanno ricevuto un codice colore verde ha dichiarato lo stesso codice durante l'intervista. Le percentuali di coloro che dichiarano che il codice colore non è stato assegnato sono assai elevate: per i codici verdi si tratta del 57%.



La percentuale di coincidenza dei codici colori varia notevolmente tra le aziende sanitarie: solo in due aziende sanitarie più della metà degli intervistati ha dimostrato di conoscere il codice colore assegnato. La conoscenza del codice colore, inoltre, cresce al crescere del titolo di studio: solo il 18% di coloro che non hanno nessun titolo o licenza elementare mostra di conoscere il proprio codice colore, mentre tale percentuale sale oltre il 40% per coloro che hanno titoli di studio elevati.

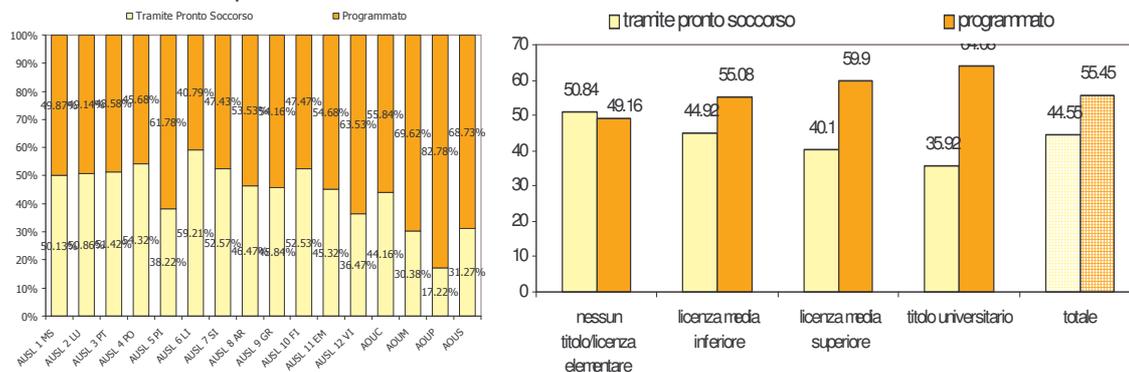
Aziende	Percentuali di utenti che hanno dichiarato lo stesso codice colore assegnato al triage per titolo di studio				
	nessun titolo/licenza elementare	licenza media inferiore	licenza media superiore	titolo universitario	differenziale
Ausl 1 MC	5.62	17.74	25.23	18.18	19.61
Ausl 2 LU	18.56	24.24	42.74	60.00	41.44
Ausl 3 PT	17.58	36.36	40.63	35.29	23.05
Ausl 4 PO	21.85	21.50	36.05	36.00	14.55
Ausl 5 PI	22.94	37.86	50.00	68.18	45.24
Ausl 6 LI	13.10	20.80	22.03	40.63	27.53
Ausl 7 SI	12.17	26.21	23.33	19.23	14.04
Ausl 8 AR	16.99	35.85	44.97	43.18	27.98
Ausl 9 GR	6.43	22.67	19.21	35.29	28.86
Ausl 10 FI	7.33	22.22	24.08	21.05	16.75
Ausl 11 EM	47.52	48.65	58.33	62.50	14.98
Ausl 12 VI	42.57	46.15	51.14	57.89	15.32
AOU Pisana	13.64	15.12	25.45	29.31	15.67
AOU Senese	16.04	45.74	43.33	43.59	29.70
AOU Careggi	13.25	17.65	24.51	31.25	11.26
AOU Meyer	25	47.89	52.29	67.09	42.09
Media Regione	18.75	29.95	35.44	41.22	22.47

Definizione:	Confronto tra il codice colore dichiarato nell'intervista e codice colore effettivamente assegnato al triage per titolo di studio
Numeratore:	Numero di pazienti che hanno dichiarato lo stesso/diverso codice colore che hanno effettivamente ricevuto al triage
Denominatore:	Numero di pazienti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio
Formula matematica:	$\frac{\text{Numero di pazienti che hanno dichiarato lo stesso/diverso codice colore che hanno effettivamente ricevuto al triage}}{\text{Numero di pazienti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio}}$
Quesiti:	"Quale era il codice colore che le è stato assegnato?"
Titolo di studio:	1. Nessun titolo o licenza elementare; 2. Licenza media inferiore; 3. Licenza media superiore; 4. Titolo universitario. (dichiarato nell'intervista)
Fonte:	Flussi informativi Pronto Soccorso e Indagine telefonica "La soddisfazione degli utenti nei servizi di Pronto Soccorso" Anno 2006

7.3 - Modalità di accesso: il ricovero ospedaliero ordinario

Ciascun paziente può accedere la ricovero ospedaliero ordinario¹¹ sia tramite un ricovero programmato, sia tramite il pronto soccorso. Un ricovero programmato ha dietro di sé una diagnosi, una presa in carico da parte di uno specialista, con un'assistenza tempestiva ed appropriata; un ricovero in urgenza, invece, esclusi i ricoveri per incidente, può rappresentare nella maggior parte delle volte, un caso in cui il paziente non è stato coinvolto nel sistema in maniera adeguata e tempestiva né nella fase di prevenzione, né nella fase di ospedalizzazione.

Dai risultati dell'intervista, sono emerse forti differenze nella modalità di accesso al ricovero ospedaliero in base ai titoli di studio del paziente.



¹¹ Si esclude quindi il ricovero in day hospital e day surgery.

A livello regionale circa il 55% dei ricoveri è avvenuto tramite ricoveri programmati, mentre il restante 45% tramite pronto soccorso. All'aumentare del titolo di studio aumenta la percentuale di coloro che hanno ricevuto un ricovero programmato: se per coloro senza nessun titolo di studio o con licenza elementare tale percentuale è di circa del 49%, per coloro che hanno titoli di studio universitari arriva al 64%.

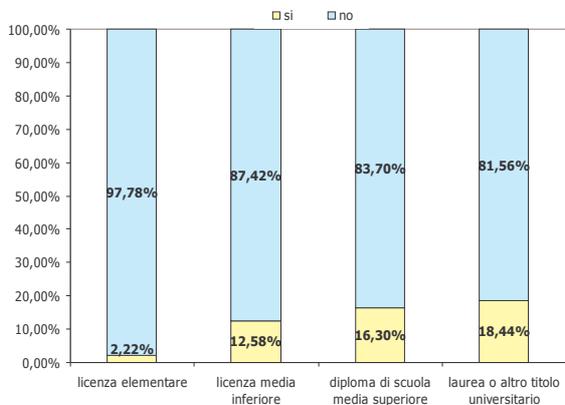
titolo di studio	indicatori	tramite pronto soccorso	programmato	totale
nessun titolo/licenza elementare	frequenza	994	961	1955
	percentuale di riga	50.84	49.16	
	percentuale di colonna	38.16	29.64	33.44
licenza media inferiore	frequenza	685	840	1525
	percentuale di riga	44.92	55.08	
	percentuale di colonna	26.3	25.91	26.08
licenza media superiore	frequenza	727	1086	1813
	percentuale di riga	40.1	59.9	
	percentuale di colonna	27.91	33.5	31.01
titolo universitario	frequenza	199	355	554
	percentuale di riga	35.92	64.08	
	percentuale di colonna	7.64	10.95	9.47
Totale	Totale	2605	3242	5847
	Percentuale Totale	44.55	55.45	100

Definizione:	Distribuzione delle modalità di accesso al ricovero ospedaliero per titolo di studio del paziente
Numeratore:	Numero di pazienti che hanno risposto di essere stati ricoverati tramite pronto soccorso o ricovero programmato per titolo di studio
Denominatore:	Numero di pazienti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio
Formula matematica:	$\frac{\text{Numero di pazienti che hanno risposto di essere stati ricoverati tramite pronto soccorso o ricovero programmato per titolo di studio}}{\text{Numero di pazienti che hanno partecipato all'intervista}}$
Quesiti:	"Come è avvenuto il suo ricovero?" (1. Tramite pronto soccorso 2. programmato)
Titolo di studio:	1. Nessun titolo o licenza elementare; 2. Licenza media inferiore; 3. Licenza media superiore; 4. Titolo universitario. (dichiarato nell'intervista)
Fonte:	Indagine telefonica "La soddisfazione degli utenti nei servizi di Ricovero Ospedaliero Ordinario" Anno 2006

I risultati mostrano come, anche in un sistema sanitario pubblico, esistano disuguaglianze nell'accesso ai servizi tra gruppi di popolazione e come il sistema toscano abbia ampi margini di miglioramento in termini di equità. L'inserimento, infatti, nel sistema di valutazione, di tali misure ha lo scopo di verificare non solo i risultati raggiunti mediante i servizi offerti, ma anche le capacità delle aziende di attuare interventi ed azioni proattive per evitare disuguaglianze nell'accesso, in modo che anche i gruppi di utenti più svantaggiati per reddito e livello di istruzione siano in grado di usufruire dei benefici derivanti dalle azioni stesse (Maciocco, 2006).

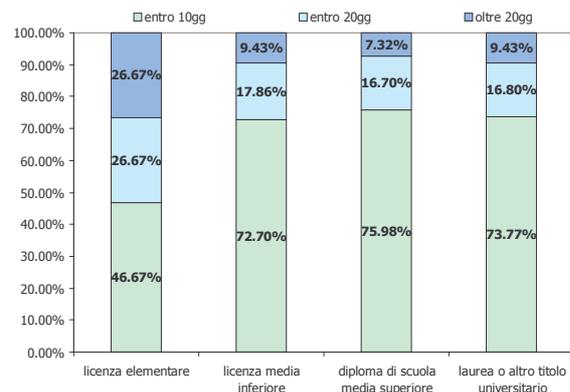
Si allegano altri indicatori di equità ed accesso con i relativi grafici.

7.4 - Visite ostetriche a domicilio per titolo di studio (situazione regionale e tabella con dettaglio aziendale)



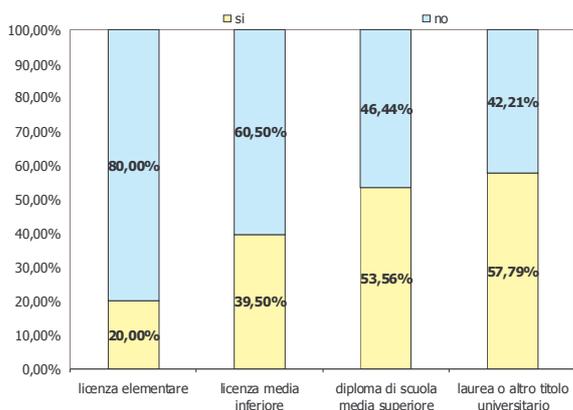
Azienda	% minima di madri che hanno usufruito della visita	titolo di studio della madre associato alla percentuale minima	% massima di madri che hanno usufruito	titolo di studio della madre associato alla percentuale massima	differenza tra la % minima e la % massima
AUSL 1 MC	3,02%	diploma	11,32%	laurea	8,31%
AUSL 2 LU	11,27%	laurea	27,17%	scuola dell'obbligo	15,91%
AUSL 3 PT	17,07%	scuola dell'obbligo	23,68%	laurea	6,61%
AUSL 4 PO	5,61%	scuola dell'obbligo	11,41%	diploma	5,80%
AUSL 5 PI	3,45%	scuola dell'obbligo	13,68%	diploma	10,24%
AUSL 6 LI	4,40%	scuola dell'obbligo	22,92%	laurea	18,52%
AUSL 7 SI	7,59%	scuola dell'obbligo	12,73%	laurea	5,13%
AUSL 8 AR	11,24%	scuola dell'obbligo	25,93%	diploma	14,69%
AUSL 9 GR	0,00%	laurea	4,21%	scuola dell'obbligo	4,21%
AUSL 10 FI	22,94%	scuola dell'obbligo	31,19%	laurea	8,26%
AUSL 11 EM	17,14%	scuola dell'obbligo	21,15%	laurea	4,01%
AUSL 12 VI	11,32%	scuola dell'obbligo	22,16%	diploma	10,83%
AOU PISANA	0,00%	scuola dell'obbligo	3,77%	diploma	3,77%
AOU SENESE					
AOU CAREGGI					
MEDIA INTRAREGIONALE	8,85%		17,79%		8,95%

7.5 - Prima visita pediatrica del neonato (tempo in giorni tra la nascita e la visita) (situazione regionale e tabella con dettaglio aziendale)



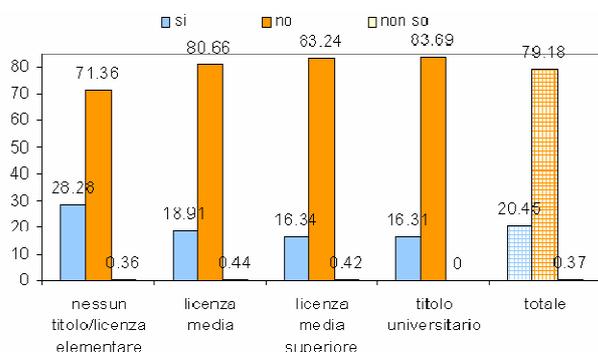
Azienda	% minima di prime visite pediatriche entro 10gg dal parto	titolo di studio della madre associato alla percentuale minima	% massima di prime visite pediatriche entro 10gg dal parto	titolo di studio della madre associato alla percentuale massima	differenza tra la % minima e la % massima di visite pediatriche entro 10gg dal parto
AUSL 1 MC	81,91%	scuola dell'obbligo	90,57%	laurea	8,65%
AUSL 2 LU	75,00%	laurea	76,09%	scuola dell'obbligo	1,09%
AUSL 3 PT					
AUSL 4 PO	71,96%	scuola dell'obbligo	85,71%	laurea	13,75%
AUSL 5 PI					
AUSL 6 LI	78,02%	scuola dell'obbligo	83,33%	laurea	5,31%
AUSL 7 SI	50,91%	laurea	58,97%	diploma	8,07%
AUSL 8 AR					
AUSL 9 GR	61,05%	scuola dell'obbligo	72,46%	diploma	11,40%
AUSL 10 FI	61,47%	laurea	67,89%	diploma	6,42%
AUSL 11 EM	79,10%	scuola dell'obbligo	88,57%	laurea	9,47%
AUSL 12 VI	70,75%	scuola dell'obbligo	85,00%	laurea	14,25%
AOU PISANA					

7.6 - Ricevimento informazioni relative alla tutela della donna lavoratrice in gravidanza (situazione regionale e tabella con dettaglio aziendale)



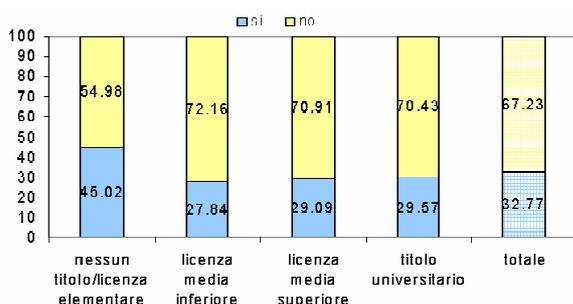
Azienda	% minima di madri che hanno ricevuto la normativa che tutela la donna lavoratrice in gravidanza	titolo di studio della madre associato alla percentuale minima	% massima di madri che hanno ricevuto la normativa che tutela la donna lavoratrice in gravidanza	titolo di studio della madre associato alla percentuale massima	differenza tra la % minima e la % massima di ricevimento della normativa
AUSL 1 MC	55,32%	scuola dell'obbligo	75,47%	laurea	20,15%
AUSL 2 LU	38,04%	scuola dell'obbligo	66,67%	laurea	28,62%
AUSL 3 PT					
AUSL 4 PO	31,78%	scuola dell'obbligo	43,62%	laurea	11,85%
AUSL 5 PI					
AUSL 6 LI	43,96%	scuola dell'obbligo	62,50%	laurea	18,54%
AUSL 7 SI	29,11%	scuola dell'obbligo	52,73%	laurea	23,61%
AUSL 8 AR					
AUSL 9 GR	29,47%	scuola dell'obbligo	47,06%	laurea	17,59%
AUSL 10 FT	37,61%	scuola dell'obbligo	57,80%	laurea	20,18%
AUSL 11 EM	34,33%	scuola dell'obbligo	61,54%	laurea	27,21%
AUSL 12 VI	44,34%	scuola dell'obbligo	67,50%	laurea	23,16%
AOU PISANA					

7.7 - Consultazione del medico di famiglia prima di recarsi al pronto soccorso (situazione regionale)



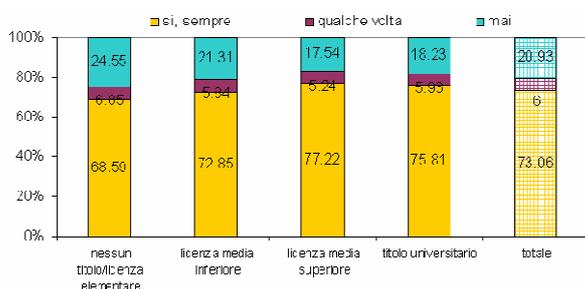
titolo di studio	indicatori	si	no	non so	Totale
nessun titolo/licenza elementare	frequenza	466	1176	6	1648
	percentuale di colonna	7,87	19,86	0,1	27,83
	percentuale di riga	28,28	71,36	0,36	
licenza media inferiore	frequenza	346	1476	8	1830
	percentuale di colonna	5,84	24,93	0,14	30,91
	percentuale di riga	18,91	80,66	0,44	
licenza media superiore	frequenza	308	1559	8	1885
	percentuale di colonna	5,2	26,5	0,14	31,84
	percentuale di riga	16,34	83,24	0,42	
titolo universitario	frequenza	91	467	0	558
	percentuale di colonna	1,54	7,89	0	9,42
	percentuale di riga	16,31	83,69	0	
Totale	Totale	1211	4688	22	5921
	Percentuale Totale	20,45	79,18	0,37	100

7.8 - Rassicurazione da parte del personale medico durante l'attesa in pronto soccorso (situazione regionale)



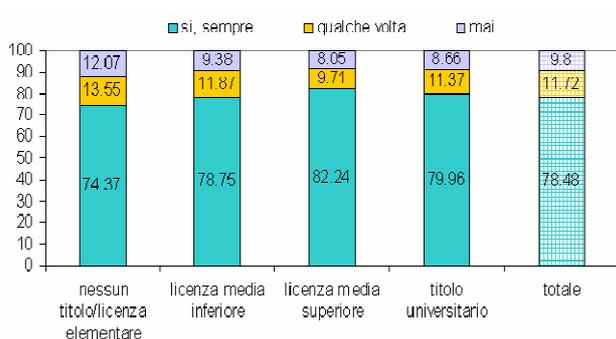
titolo di studio	indicatori	si	no	Totale
nessun titolo/licenza elementare	frequenza	217	265	482
	percentuale di colonna	11,4	13,92	25,32
	percentuale di riga	45,02	54,98	
licenza media inferiore	frequenza	169	436	607
	percentuale di colonna	8,88	23	31,88
	percentuale di riga	27,84	72,16	
licenza media superiore	frequenza	183	446	629
	percentuale di colonna	9,61	23,42	33,04
	percentuale di riga	29,09	70,91	
titolo universitario	frequenza	55	131	186
	percentuale di colonna	2,89	6,88	9,77
	percentuale di riga	29,57	70,43	
Totale	Totale	624	1280	1904
	Percentuale totale	32,77	67,23	100

7.9 - Ricevimento informazioni circa gli eventuali rischi legati alle cure e circa le eventuali alternative possibili nel ricovero ospedaliero (situazione regionale)



titolo di studio	indicatori	si, sempre	qualche volta	mai	totale
nessun titolo/licenza elementare	frequenza	1341	134	480	1955
	percentuale di riga	68,59	6,85	24,55	
	percentuale di colonna	31,39	38,18	39,22	33,44
licenza media inferiore	frequenza	1111	89	325	1525
	percentuale di riga	72,85	5,84	21,31	
	percentuale di colonna	26,01	25,36	26,55	26,08
licenza media superiore	frequenza	1400	95	318	1813
	percentuale di riga	77,22	5,24	17,54	
	percentuale di colonna	32,77	27,07	25,98	31,01
titolo universitario	frequenza	420	33	101	554
	percentuale di riga	75,81	5,96	18,23	
	percentuale di colonna	9,83	9,4	8,25	9,47
Totale	Totale	4272	351	1224	5847
	Percentuale Totale	73,06	6	20,93	100

7.10 - Coinvolgimento del paziente nelle decisioni relative alle cure ed ai trattamenti che la riguardavano nel ricovero ospedaliero (situazione regionale)



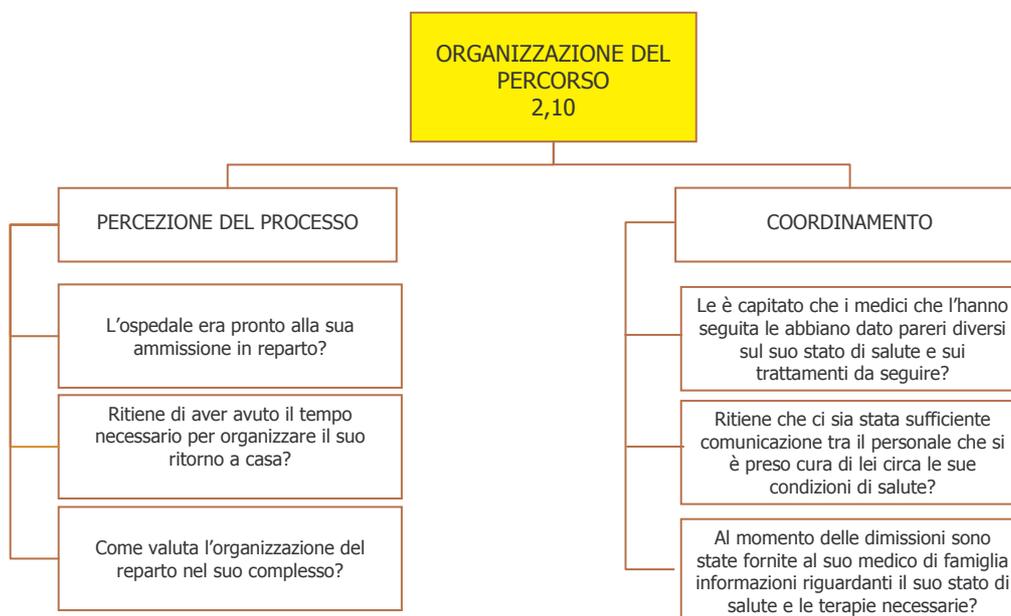
titolo di studio	indicatori	si, sempre	qualche volta	mai	totale
nessun titolo/licenza	frequenza	1454	265	236	1955
	percentuale di riga	74.37	13.55	12.07	
licenza media inferiore	percentuale di colonna	31.68	38.69	41.19	33.44
	frequenza	1201	181	113	1525
licenza media superiore	percentuale di riga	78.75	11.87	9.38	
	percentuale di colonna	26.17	26.42	24.96	26.08
titolo universitario	frequenza	1491	176	146	1813
	percentuale di riga	82.24	9.71	8.05	
titolo universitario	percentuale di colonna	32.49	25.69	25.48	31.01
	frequenza	443	63	48	554
titolo universitario	percentuale di riga	79.96	11.37	8.66	
	percentuale di colonna	9.55	9.2	8.38	9.47
Totale	Totale	4589	585	573	5847
	Percentuale Totale	78.48	11.72	9.8	100

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

L'indicatore "Organizzazione del percorso assistenziale nel ricovero (B10)" è stato costruito per rilevare la percezione degli utenti relativamente al percorso di cura ospedaliero e al coordinamento tra le varie figure coinvolte nel processo di erogazione. L'indicatore è stato calcolato partendo dai risultati dell'indagine di soddisfazione rivolta ad un campione rappresentativo di utenti del servizio di ricovero ospedaliero intervistati nel 2006¹².

La valutazione assegnata per ciascun aspetto indagato tiene conto solo delle risposte con accezione negativa, evidenziando, appunto, la necessità per il sistema sanitario di ridurre o evitare i casi in cui il percorso assistenziale, all'interno dell'ospedale e fuori dallo stesso, non sia organizzato in modo efficace.

In particolare, l'indicatore è la sintesi dei risultati ottenuti attraverso i quesiti sulle fasi del processo (ammissione, ricovero e dimissione) e sulla percezione maturata circa il livello di coordinamento tra tutto il personale sanitario coinvolto nell'offerta del servizio, soprattutto tra medici ospedalieri e medico di medicina generale. Il coordinamento è un aspetto cruciale per i servizi sanitari, ormai orientati verso un'assistenza integrata, interfunzionale (ad esempio, ospedale per intensità di cura) e tra ospedale e territorio.



A livello regionale l'indicatore assume valori intermedi (2,10), condizionati soprattutto dai dati sul coordinamento, che secondo l'opinione dei pazienti è talvolta assente.

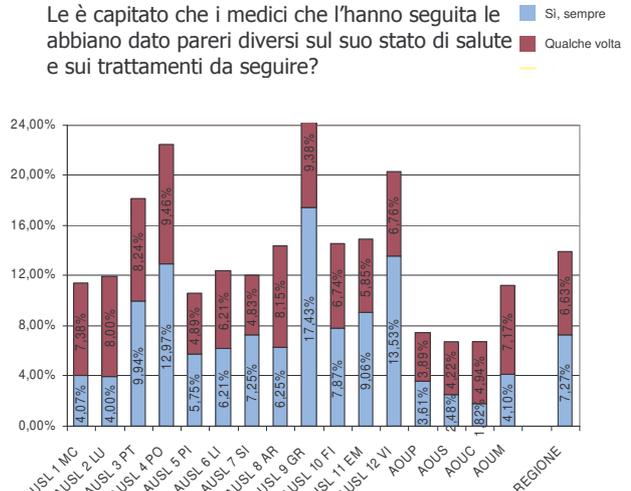
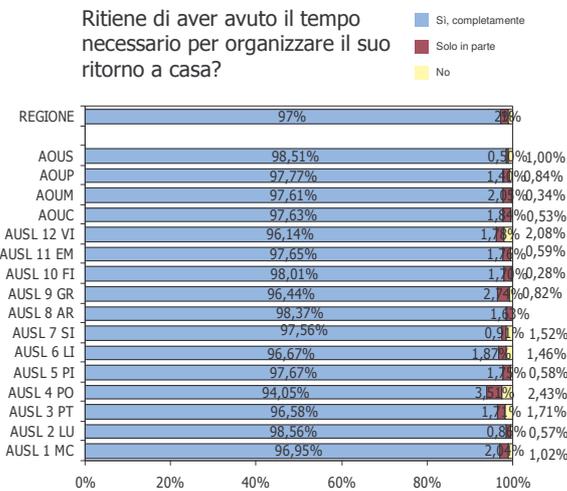
¹² Per le metodologie di indagine cfr *L'esperienza degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero* in Parte IV.

8.1 - Le dimissioni

Il percorso, con particolare riferimento alla fase di dimissione, ha ricevuto dai pazienti valutazioni molto positive. Il 97% del campione dichiara di aver avuto tutto il tempo necessario per organizzare la propria dimissione: in alcune aziende tale percentuale raggiunge addirittura il 99%. Agli stessi utenti è stato chiesto, inoltre, con quale anticipo avesse ricevuto comunicazione della dimissione ed è stato rilevato che ben 25 volte su 100 l'informazione è stata data immediatamente prima o qualche ora prima. Quest'ultimo risultato non ha condizionato la valutazione dei pazienti: si è infatti osservato che per alcune aziende sanitarie sono soprattutto i pazienti che arrivano in reparto direttamente dal pronto soccorso a non essere informati con largo anticipo. Chi ha invece programmato il proprio ricovero conosce sin dall'inizio la durata della degenza ed è in grado di organizzare il proprio rientro a casa.

8.2 - Informazioni discordanti

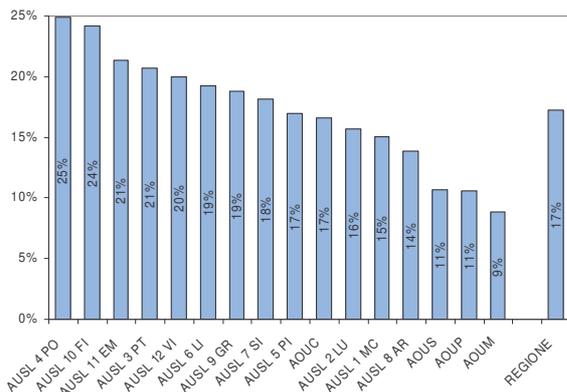
Ai pazienti campionati è stato chiesto se durante il ricovero avessero ricevuto informazioni discordanti dalle diverse figure sanitarie con cui hanno avuto contatti: in media 14 pazienti su 100 raccontano di aver osservato sempre o qualche volta una mancanza di coordinamento. I risultati mostrano differenze notevoli tra le aziende, in alcune delle quali più del 10% dei pazienti denuncia di aver ricevuto sempre pareri discordanti.



8.3 - Ospedale e medico di famiglia

Il percorso di cura non sempre si esaurisce con la dimissione del paziente dal reparto, ma prosegue a casa, attraverso i servizi di assistenza presenti sul territorio. Per assicurare, dunque, al paziente un percorso assistenziale coordinato ed efficace, è fondamentale il ruolo del medico di famiglia, il quale dovrà sempre essere informato anche a proposito dei trattamenti effettuati durante il ricovero ospedaliero.

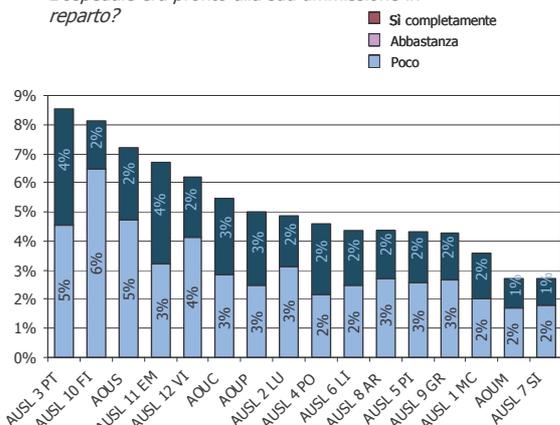
È stato dunque chiesto al campione se alla dimissione l'ospedale avesse inviato al medico di medicina generale una comunicazione sull'assistenza prestata e sui risultati ottenuti. In media, nel 17% dei casi ciò non è avvenuto e 3 pazienti su 100 non ne sono stati a conoscenza. Osservando la distribuzione tra le aziende delle percentuali relative ai casi in cui la comunicazione non c'è stata, si evidenzia una situazione locale molto varia, con percentuali che oscillano tra il 9 e il 25%.



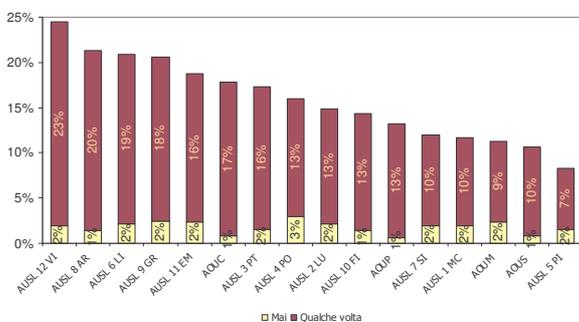
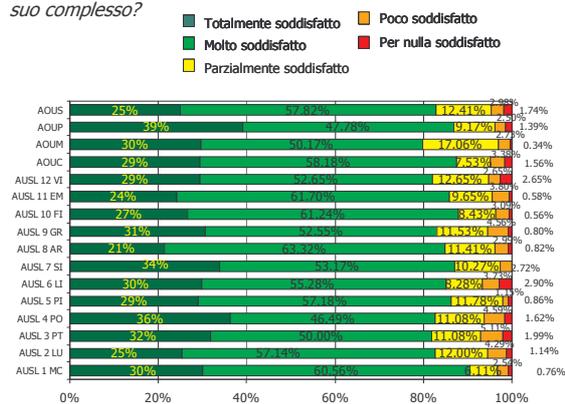
Definizione:	Soddisfazione degli utenti del servizio di ricovero ordinario relativamente all'organizzazione del percorso assistenziale.
Questiti:	L'indicatore è stato costruito tenendo conto di come gli utenti hanno risposto alle seguenti domande: <ul style="list-style-type: none"> • L'ospedale era pronto alla sua ammissione in reparto? • Ritiene di aver avuto il tempo necessario per organizzare il suo ritorno a casa? • Come valuta l'organizzazione del reparto nel suo complesso? • Le è capitato che i medici che l'hanno seguita le abbiano dato pareri diversi sul suo stato di salute e sui trattamenti da seguire? • Ritiene che ci sia stata sufficiente comunicazione tra il personale che si è preso cura di lei circa le sue condizioni di salute? • Al momento delle dimissioni sono state fornite al suo medico di famiglia informazioni riguardanti il suo stato di salute e le terapie necessarie?
Note elaborazione	I punteggi sono stati assegnati considerando le sole risposte con accezione negativa (es. Per nulla soddisfacente e Poco soddisfacente, Mai e Qualche volta, ecc.).
Nota metodologica per il campionamento	Popolazione di riferimento: utenti accettati e dimessi nei periodi 14 settembre - 14 ottobre e 15 ottobre - 14 novembre, per un totale regionale di 55.316 pazienti. Non sono stati inseriti tra gli utenti campionabili i pazienti in regime di day hospital e day surgery, quanti sono stati ricoverati presso le terapie intensive, le rianimazioni e i nidi e quei pazienti che nella fase di reclutamento hanno dichiarato di non voler partecipare all'indagine. Campionamento: per ogni azienda, sulla base della propria popolazione di riferimento, è stata individuata una numerosità campionaria che garantisce una significatività a livello aziendale P=0,05 e una precisione delle stime D=0,05. La selezione del campione è stata realizzata secondo la tecnica del campionamento stratificato, dove la stratificazione è data dal "presidio ospedaliero". Campione: la numerosità campionaria regionale complessiva è pari a 5.847 pazienti. Metodologia di rilevazione: CATI (Computer Assisted Telephone Interview).
Fonte:	Indagine "L'esperienza degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero ordinario" - Anno 2006

8.4 - Altre domande

L'ospedale era pronto alla sua ammissione in reparto?



Come valuta l'organizzazione del reparto nel suo complesso?



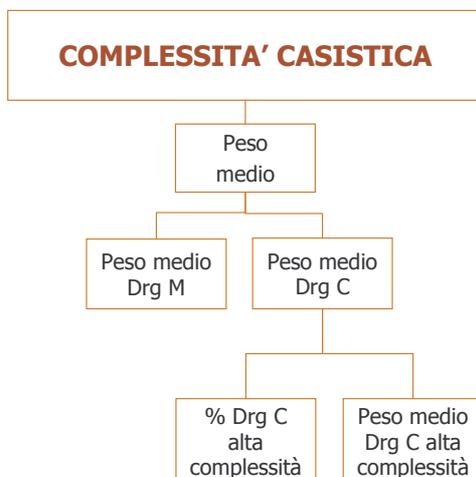
Ritiene che ci sia stata sufficiente comunicazione tra il personale che si è preso cura di lei circa le sue condizioni di salute?

Si sempre
Qualche volta
Mai

9. COMPLESSITÀ DELLA CASISTICA – B11 di A. Bonini

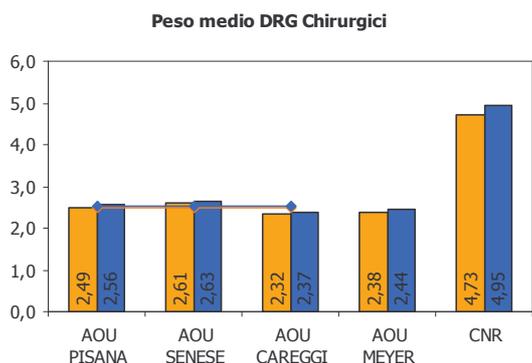
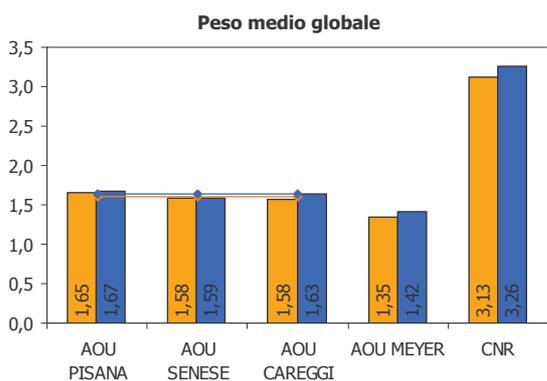
L'indicatore è calcolato esclusivamente per le Aziende Ospedaliero-Universitarie, che si propongono come missione di trattare in particolar modo le patologie più complesse, essendo strutture di terzo livello.

La misura che rispecchia la complessità della casistica è il peso del Drg associato ad ogni ricovero, vale a dire il grado di impegno relativo, sia in termini di costi che di impegno clinico, di ciascun Drg rispetto al costo medio standard per ricovero; la remunerazione corrisposta per ciascun Drg è difatti direttamente proporzionale al peso. Si considerano ad alta complessità i Drg con peso superiore a 2,5.



Gli indicatori presenti in tale albero non sono oggetto di valutazione, ma di osservazione. I dati provengono dal flusso regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera.

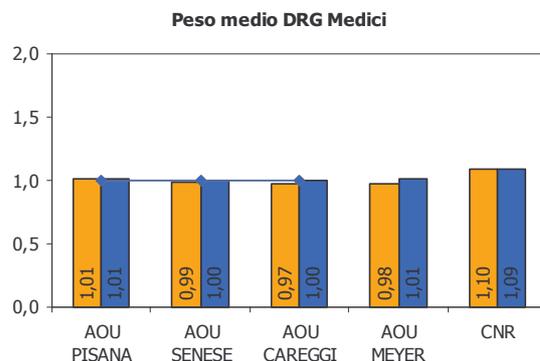
9.1 - Peso medio Drg



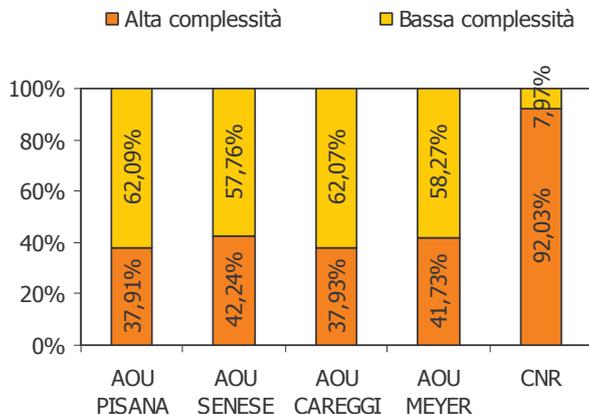
Anno 2005	Totale			Drg Chirurgici			Drg Medici		
	Azienda erogazione	Peso medio DRG	Somma dei pesi	N. dimissioni	Peso medio DRG C	Somma dei pesi	N. Drg C	Peso medio DRG M	Somma dei pesi
AOU PISANA	1,65	76.183	46.149	2,49	49.612	19.936	1,01	26.570	26.213
AOU SENESE	1,58	45.213	28.620	2,61	27.130	10.400	0,99	18.083	18.220
AOU CAREGGI	1,58	93.836	59.565	2,32	61.609	26.501	0,97	32.227	33.064
AOU MEYER	1,35	8.664	6.414	2,38	4.049	1.701	0,98	4.615	4.713
CNR	3,13	11.255	3.600	4,73	9.516	2.012	1,10	1.739	1.588
Media AOU*	1,60	71.744	44.778	2,47	46.117	18.946	0,99	25.627	25.832

Anno 2006	Totale			Drg Chirurgici			Drg Medici		
	Azienda erogazione	Peso medio DRG	Somma dei pesi	N. dimissioni	Peso medio DRG C	Somma dei pesi	N. Drg C	Peso medio DRG M	Somma dei pesi
AOU PISANA	1,67	78324	46897	2,56	51354	20062	1,01	26969,4	26835
AOU SENESE	1,59	45157	28354	2,63	27254	10363	1,00	17902,9	17991
AOU CAREGGI	1,63	91420	56082	2,37	61072	25750	1,00	30347,7	30332
AOU MEYER	1,42	9570	6731	2,44	4746	1946	1,01	4823,72	4785
CNR	3,26	12011	3686	4,95	10248	2071	1,09	1762,62	1615
Media AOU*	1,63	71.634	43.778	2,52	46.560	18.725	1,00	25.073	25.053

* nel calcolo della media sono esclusi L'AOU Meyer e il CNR

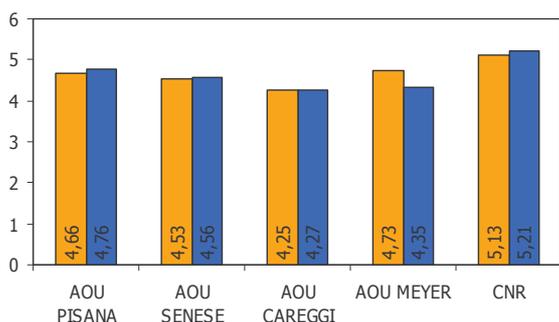


9.2 - Percentuale Drg chirurgici di alta e bassa complessità



2006	Alta complessità		Bassa complessità	
	% Drg C con peso DRG >= 2,5	N° Drg C con peso DRG >= 2,5	% Drg C con peso DRG < 2,5	N° Drg C con peso DRG < 2,5
AOU PISANA	37,91%	7.606	62,09%	12.456
AOU SENESE	42,24%	4.377	57,76%	5.986
AOU CAREGGI	37,93%	9.768	62,07%	15.982
AOU MEYER	41,73%	812	58,27%	1.134
CNR	92,03%	1.906	7,97%	165
Media AOU	39,95%	5.641	60,05%	8.890

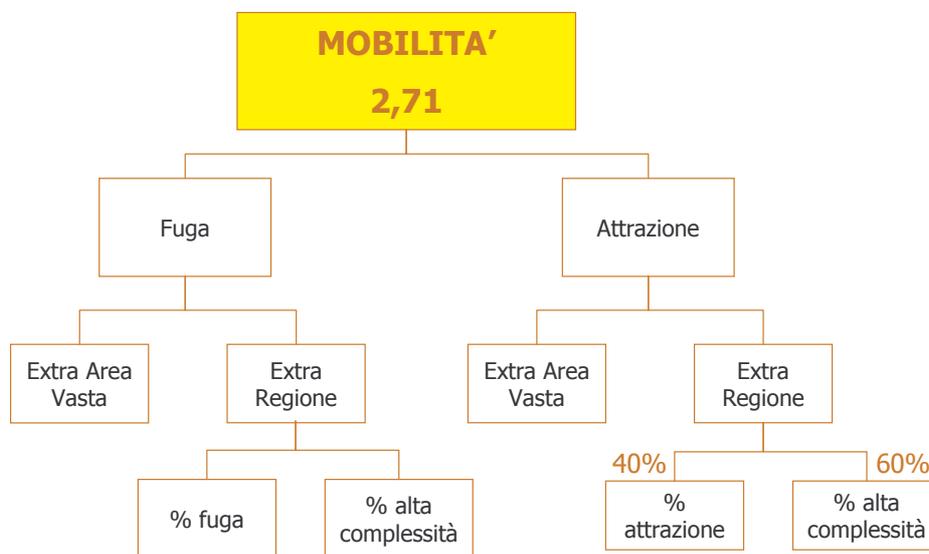
9.3 - Peso medio Drg chirurgici di alta complessità



Azienda di erogazione	2005			2006		
	Peso medio DRG C >= 2,5	Somma dei pesi	N. Drg C >= 2,5	Peso medio DRG C >= 2,5	Somma dei pesi	N. Drg C >= 2,5
AOU PISANA	4,66	34.244	7.356	4,76	36.201	7.606
AOU SENESE	4,53	19.923	4.394	4,56	19.980	4.377
AOU CAREGGI	4,25	41.834	9.849	4,27	41.758	9.768
AOU MEYER	4,73	3.096	655	4,35	3.529	812
CNR	5,13	9.048	1.764	5,21	9.935	1.906
Media AOU	4,54	24.774	5.564	4,49	25.367	5.641

10. MOBILITÀ – B12 di A. Bonini

Come il precedente, anche tale indicatore si riferisce alle Aziende Ospedaliero-Universitarie. La valutazione della mobilità prende in considerazione le fughe e le attrazioni, in termini di ricoveri, sia fuori Area Vasta che fuori Regione.

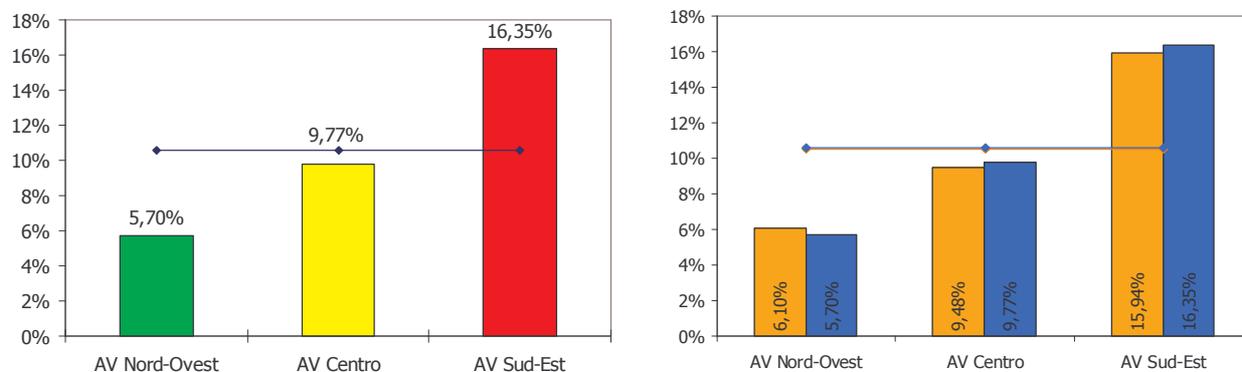


Per quanto riguarda la mobilità tra Aree Vaste, l’organizzazione regionale prevede che ciascuna Area Vasta si faccia carico dei bisogni di salute dei propri cittadini, in modo da evitare lo spostamento dei pazienti, fatta eccezione per alcuni specifici centri regionali di riferimento. È stato valutato, quindi, il livello di fughe dall’Area Vasta come indicatore di una mancata risposta al cittadino; l’indicatore di attrazione tra Aree Vaste, invece, non è di valutazione, poiché tale fenomeno non è incentivato a livello regionale, in quanto il sistema sanitario toscano si basa su logiche collaborative e non competitive.

Nel valutare la mobilità tra Aree Vaste si considera la casistica complessa, ovvero i Drg che hanno un peso > 2,5.

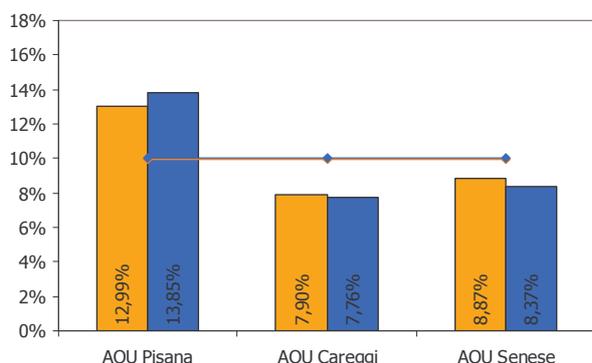
10.1 - Fuga extra Area vasta per Drg ad alta complessità

L’indicatore considera la percentuale dei ricoveri fuori Area Vasta, in Regione Toscana, relativi a residenti nella corrispondente Area Vasta. Tale misura, quindi, indica quanti cittadini si spostano in una diversa Area Vasta da quella di residenza per un ricovero ospedaliero. Trattandosi dei ricoveri ad alta complessità, la valutazione è attribuita alle Aziende Ospedaliero-Universitarie, come strutture di terzo livello.



Area Vasta residenza	2005			2006		
	Indice di fuga extra AV	N. residenti in AV dimessi in RT fuori AV	N. residenti in AV dimessi in RT	Indice di fuga extra AV	N. residenti in AV dimessi in RT fuori AV	N. residenti in AV dimessi in RT
AV Nord-Ovest	6,10%	396	6.491	5,70%	373	6.546
AV Centro	9,48%	954	10.068	9,77%	964	9.871
AV Sud-Est	15,94%	703	4.410	16,35%	758	4.635
Media AOU	10,51%	684	6.990	10,61%	698	7.017

10.2 - Attrazione extra Area vasta per Drg ad alta complessità



Azienda erogazione	2006			2006		
	Indice di attrazione extra AV	N. dimessi toscani, residenti fuori AV	N. dimessi toscani dall'Azienda	Indice di attrazione extra AV	N. dimessi toscani, residenti fuori AV	N. dimessi toscani dall'Azienda
AOU Pisana	12,99%	910	7.005	13,85%	992	7.165
AOU Careggi	7,90%	782	9.896	7,76%	749	9.656
AOU Senese	8,87%	361	4.068	8,37%	354	4.231
Media AOU	9,92%	684	6.990	9,99%	698	7.017

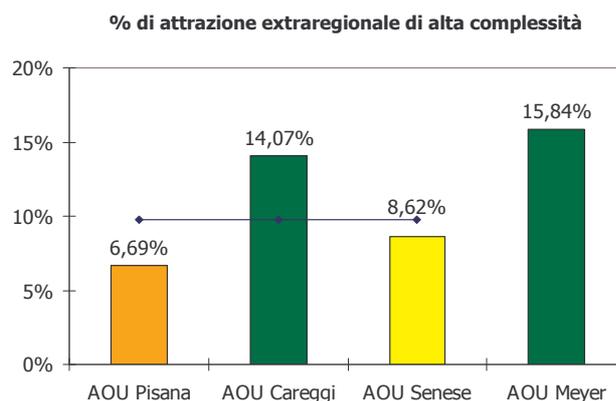
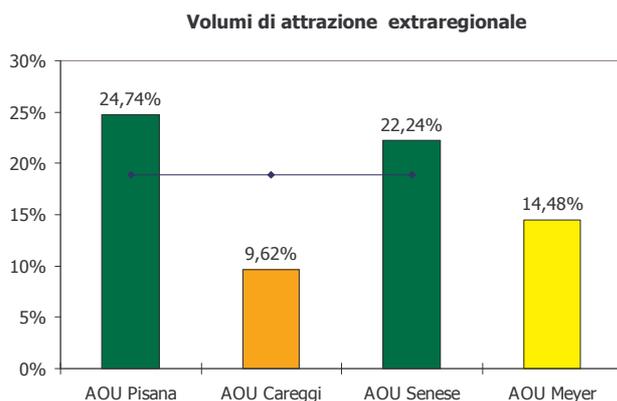
Per quanto riguarda la mobilità extraregionale, si considerano sia i volumi dei ricoveri in movimento, sia la loro complessità, ossia si verifica quanti pazienti si spostano da e verso la Regione Toscana e per quale grado di complessità.

10.3 - Fuga extra Regione

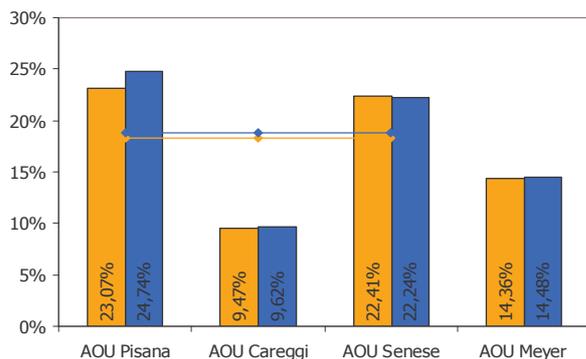
La riduzione delle fughe extra regione è posta fra gli obiettivi regionali, perché, anche nel caso di patologie complesse, la Regione si impegna ad assicurare un centro specializzato per la loro cura. I dati del 2006 non sono disponibili, in quanto deve ancora pervenire il flusso extraregionale proveniente appunto dalle altre regioni.

10.4 - Attrazione extra Regione

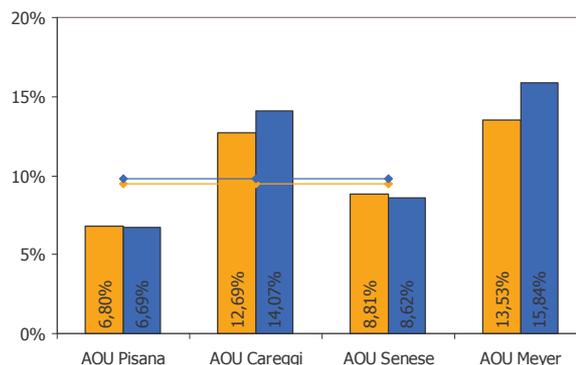
La capacità di attrarre utenti da fuori regione è il segno della presenza in una regione di servizi di eccellenza e di qualità, riconosciuti a livello nazionale. Inoltre le attrazioni hanno un impatto positivo a livello economico. Nei grafici che seguono si osservano sia le percentuali di ricoveri delle Aziende Ospedaliero-Universitarie di pazienti provenienti da altre regioni, sia quanta parte di tali attrazioni avviene per patologie complesse, ovvero con peso Drg > 2,5.



Volumi di attrazione extraregionale



% di attrazione extraregionale di alta complessità



Azienda di erogazione	2005			2006		
	Indice di attrazione Extraregionale	N. dimessi non toscani	Totale dimissioni erogate	Indice di attrazione Extraregionale	N. dimessi non toscani	Totale dimissioni erogate
AOU Pisana	23,07%	17.086	74.051	24,74%	19.098	77.190
AOU Careggi	9,47%	7.763	81.947	9,62%	7.541	78.367
AOU Senese	22,41%	9.144	40.795	22,24%	9.052	40.699
AOU Meyer	14,36%	2.372	16.514	14,48%	2.658	18.351
Media AOU*	18,32%	11.331	65.598	18,87%	11.897	65.419

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

Azienda di erogazione	2005			2006		
	% Drg alta complessità	N. dimessi non toscani Drg alta complessità	N. dimessi non toscani	% Drg alta complessità	N. dimessi non toscani Drg alta complessità	N. dimessi non toscani
AOU Pisana	6,80%	1.162	17.086	6,69%	1278	19098
AOU Careggi	12,69%	985	7.763	14,07%	1061	7541
AOU Senese	8,81%	806	9.144	8,62%	780	9052
AOU Meyer	13,53%	321	2.372	15,84%	421	2658
Media AOU*	9,43%	984	11.331	9,79%	1.040	11.897

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

11. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NEL PERCORSO NASCITA – B13 di M. Vainieri

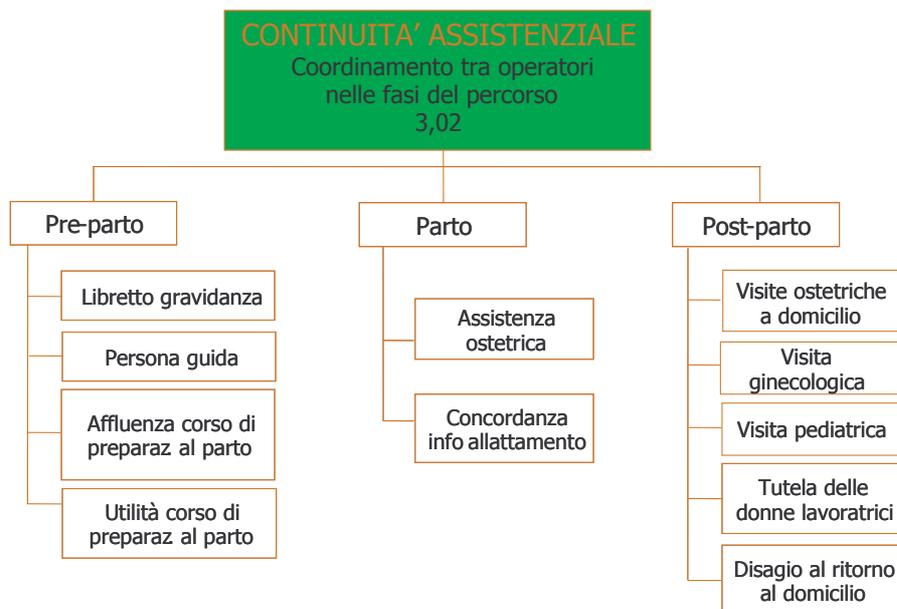
Le delibere DGR n.555/2004 e n.784/2004 individuano gli indirizzi per le aziende sanitarie relativamente alla tutela della donna all'assistenza ostetrica nel "percorso nascita" e le azioni per la riqualificazione e lo sviluppo della "rete materno infantile" regionale in attuazione del PSR 2002-2004.

Il focus regionale sul percorso nascita è ribadito anche nel PSR 2005-2007 nelle azioni di piano al paragrafo 5.2.1.5.:

"Il Piano sanitario regionale 1999/2001 ha affrontato, con il progetto obiettivo "Salute della donna, procreazione responsabile, infanzia e adolescenza", le tematiche complessive dell'area "materno infantile", con particolare attenzione all'età adolescenziale, con l'intento di promuovere la salute della persona nel suo naturale percorso di crescita sia sul piano preventivo e sociale, sia mediante un'adeguata e qualificata copertura sanitaria. Gli orientamenti espressi in ordine agli obiettivi e alle strategie generali, nonché al ruolo e alle funzioni della rete dei servizi nelle sue componenti fondamentali, sono risultati validi anche nel precedente Piano sanitario Regionale e sono confermati anche per il prossimo triennio."

In sintesi, gli aspetti ritenuti strategici e indagati con le interviste telefoniche del 2004 (per l'AUSL 3 di Pistoia, AUSL 5 di Pisa, AUSL 8 di Arezzo e AOUP) e del 2005 (per le altre aziende sanitarie territoriali della Regione Toscana) sono relativi all'allattamento al seno, all'umanizzazione del percorso ed alla continuità assistenziale lungo tutto il percorso materno infantile.

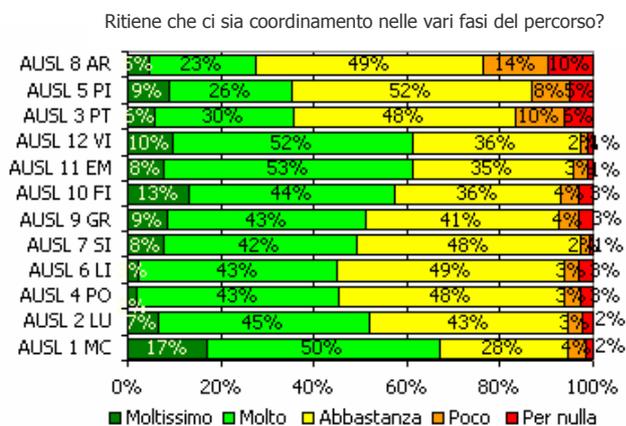
Sulla continuità assistenziale sono stati indagati una serie di temi raggruppati nelle tre macro fasi del percorso nascita: pre-parto, parto e post-parto. Sebbene gli aspetti indagati, riportati nell'albero dell'indicatore B13, siano ritenuti strategici, la valutazione è stata data solamente alla domanda complessiva di come le donne abbiano percepito il coordinamento degli operatori nelle varie fasi del percorso.



La valutazione media regionale data dalle donne al coordinamento nelle fasi del percorso è positiva, infatti l'indicatore si posiziona su una performance buona.

11.1 - Coordinamento tra gli operatori nelle fasi del percorso

Questo indicatore è costituito esclusivamente dalla percezione del grado di coordinamento nelle varie fasi del percorso nascita. La distribuzione delle frequenze fra i cinque livelli di coordinamento evidenzia differenze fra le aziende; tale variabilità è statisticamente significativa.



Definizione:	Valutazione del coordinamento delle varie fasi nel percorso materno infantile
Numeratore:	Distribuzione della modalità di risposta (moltissimo, molto, abbastanza, poco per nulla).
Denominatore:	Numero di utenti che hanno partecipato all'intervista
Formula matematica:	$\frac{\text{Distribuzione della modalità di risposta (moltissimo, molto, abbastanza, poco per nulla)}}{\text{Numero di utenti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio}}$
Quesiti:	"Ritiene che ci sia stato coordinamento nelle varie fasi del percorso?"
Fonte:	Indagine telefonica "La soddisfazione delle utenti nel percorso materno infantile" Anno 2004-2005

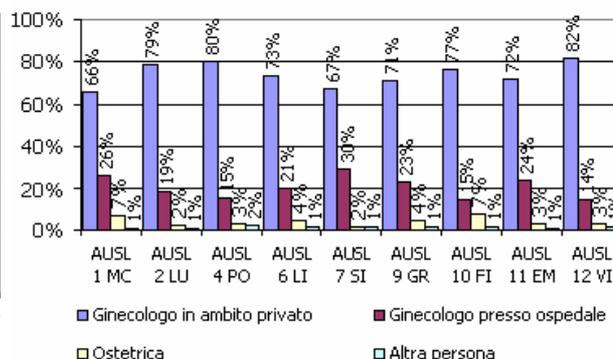
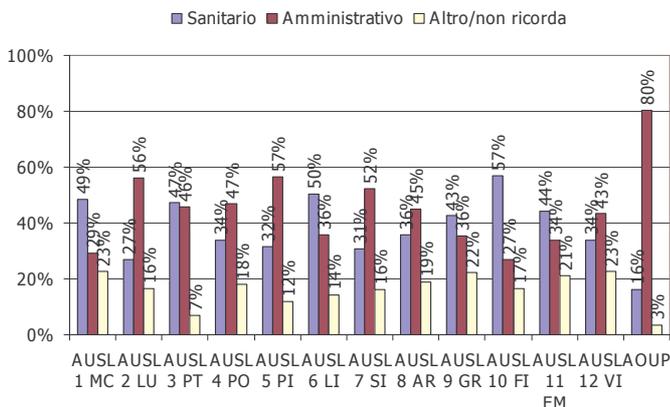
11.2 - Pre-parto

La delibera DGR n.555/2004 individua nell'ostetrica (intesa anche come équipe) la persona guida e di riferimento della donna per tutto il percorso nascita. Essa, quindi, rappresenta la figura centrale che ha il compito di garantire una continuità ed omogeneità dell'assistenza.

Dalle interviste emerge che la persona di riferimento per la donna è il ginecologo; la percentuale delle donne seguite dall'ostetrica (del consultorio o dell'ospedale) si attesta fra l'1,5% e il 7%. Inoltre, nella maggior parte dei casi, la donna preferisce essere seguita dal ginecologo in ambito privato (presso il suo studio privato o per visite a pagamento presso gli ambulatori dell'AUSL).

Da quale operatore ha ricevuto il libretto regionale di guida alla gravidanza?

Da quale figura professionale è stata seguita durante l'ultima gravidanza?



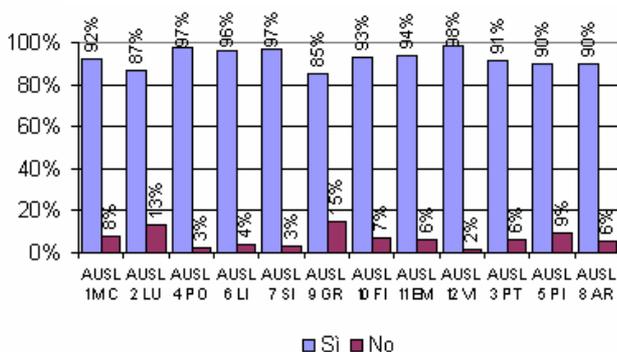
Un'altra informazione che si ottiene intervistando le donne si riferisce al libretto di guida alla gravidanza. Sempre nella delibera 555/2004, si afferma che "all'inizio della gravidanza, nel Consultorio l'ostetrica consegna alla donna il Libretto ricettario regionale contenente le indicazioni sugli esami e sugli accertamenti gratuitamente previsti e consigliati per il monitoraggio della gravidanza. In tale occasione, l'ostetrica promuove l'incontro della donna con i servizi ed è a disposizione per fornirle tutte le informazioni utili sui servizi e sulle varie opportunità di cui può fruire e per orientarla a scelte consapevoli".

Il libretto di guida alla gravidanza diventa un momento di informazione – formazione della donna ed è perciò opportuno che sia consegnato dall'ostetrica o dal personale sanitario, che può informare correttamente la donna, e non dal personale amministrativo. Dalle interviste emerge chiaramente che la situazione in Toscana è eterogenea: ci sono aziende in cui il libretto viene principalmente consegnato dal personale sanitario e altre, invece, in cui il libretto viene consegnato dal personale amministrativo.

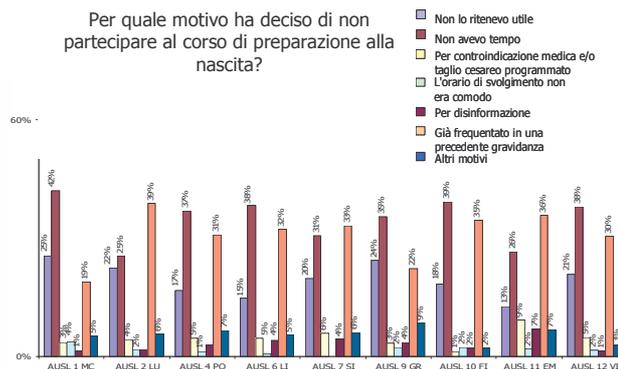
La promozione dei corsi di preparazione alla nascita rientra fra gli obiettivi del "Progetto Obiettivo Materno-Infantile" del D.M. 24-4-2000. Anche la delibera regionale 784/2004 indica il corso di preparazione alla nascita come uno dei passaggi più significativi del percorso. In tale occasione, infatti, la donna può essere informata ed educata su una serie di aspetti: dall'allattamento al seno, ai servizi offerti dall'azienda per il percorso nascita e così via.

Le donne confermano l'utilità di questo servizio: circa il 90% delle donne che ne hanno usufruito ritiene che il corso di preparazione alla nascita l'abbia aiutata a vivere meglio la gravidanza e il parto. Non mancano, però, delle differenze fra le aziende.

Il corso di preparazione al parto l'ha aiutata a vivere meglio la gravidanza e il parto?



Per quale motivo ha deciso di non partecipare al corso di preparazione alla nascita?



Non tutte le donne che partoriscono hanno seguito il corso di preparazione alla nascita, la delibera DGR 784/2004 stima che la partecipazione ai corsi per le primipare sia dell'80%. Dalle interviste emerge che meno della metà delle donne frequenta il corso con delle differenze fra le aziende: si oscilla da un 33% ad un 59% di affluenza. Restringendo il campo alle sole primipare, la percentuale di donne che partecipa ai corsi aumenta: si supera il 60% ma nessuna azienda raggiunge l'80%.

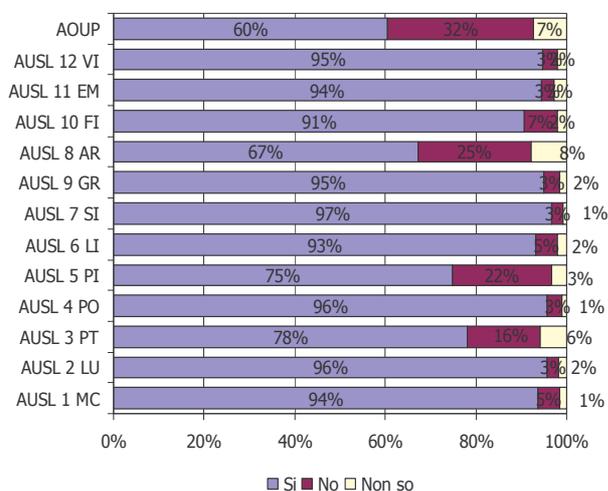
Mediamente più di una donna su quattro afferma di non aver partecipato al corso per mancanza di tempo (è la principale causa), fra le primipare, la percentuale aumenta, una donna su due, infatti, dichiara di non aver avuto tempo. È probabile che ancora in molti casi l'orario in cui viene proposto il corso di preparazione alla nascita non sia adeguato alle esigenze delle partorienti, sicuramente delle donne lavoratrici (si veda anche l'indicatore B9 – Equità ed accesso).

11.3 - Parto

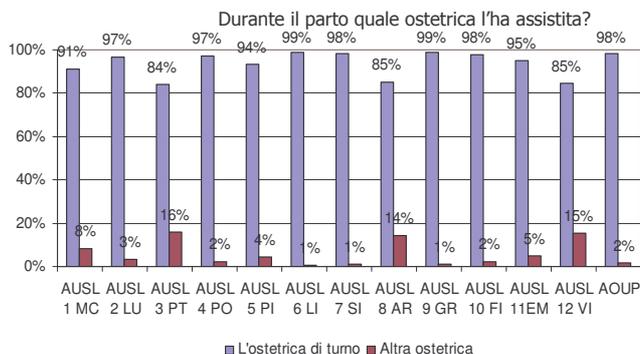
Per quanto riguarda il parto, gli aspetti di continuità assistenziale indagati riguardano l'assistenza ostetrica e la concordanza delle informazioni relative all'allattamento al seno fornite dagli operatori durante il ricovero.

Le aziende in cui le informazioni sono maggiormente discordanti sono quelle in cui l'indagine si è svolta nel 2004. Nel corso dei primi mesi del 2005 sono stati promossi una serie di incontri formativi sul tema dell'allattamento al seno, per cui sembra che questa azione abbia sortito i propri effetti: le informazioni discordanti circa l'allattamento al seno non arrivano nel 2005 al 10%.

L'altro tema indagato era collegato alla possibilità della donna di scegliere l'ostetrica durante il parto. Ciò che si evidenzia è che, ad eccezione di poche aziende, le donne partoriscono nel 94% dei casi con l'ostetrica di turno.



Le ostetriche e le infermiere con cui ha avuto contatto durante il ricovero le hanno fornito informazioni simili (concordavano) riguardo l'allattamento?



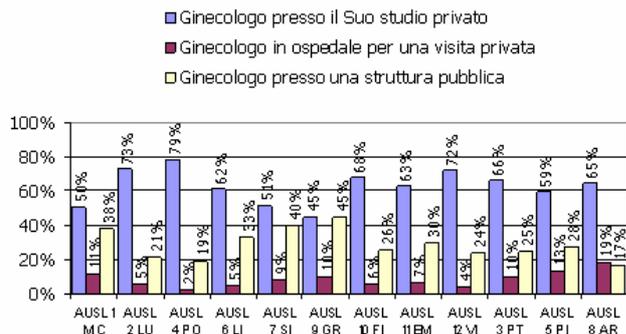
11.4 - Post-parto

Per quanto riguarda il post-parto e quindi la continuità dell'assistenza dopo la dimissione, la Regione Toscana segnala che le aziende si organizzino per effettuare una visita ostetrica a domicilio, che la donna effettui una visita ginecologica e che il bambino sia visitato dal pediatra.

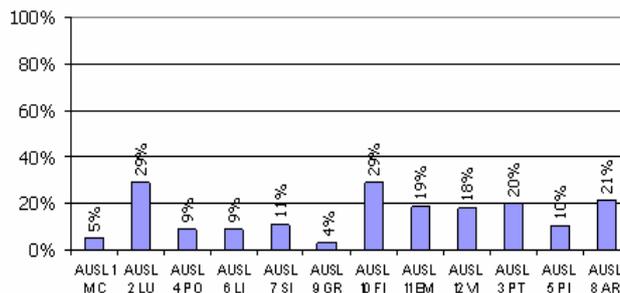
La visita pediatrica, nella maggior parte dei casi, viene effettuata dal pediatra di libera scelta entro 10 giorni dalla dimissione; sussiste comunque una certa variabilità fra le aziende: si passa da un 87% ad un 57% di donne che dichiarano che il bimbo è stato visitato entro il decimo giorno.

Più del 70% delle donne effettua una visita ginecologica dopo la dimissione. Nella fase del post-parto si riduce il numero di donne che si rivolge al ginecologo in regime privatistico.

A chi si è rivolta per la prima visita ginecologica dopo il parto?



Dopo il parto ha usufruito di visite ostetriche a domicilio?

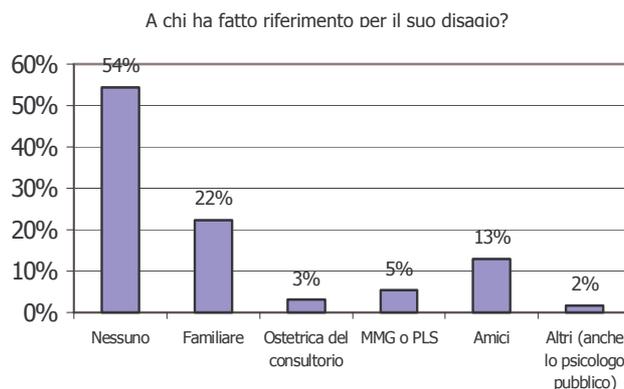
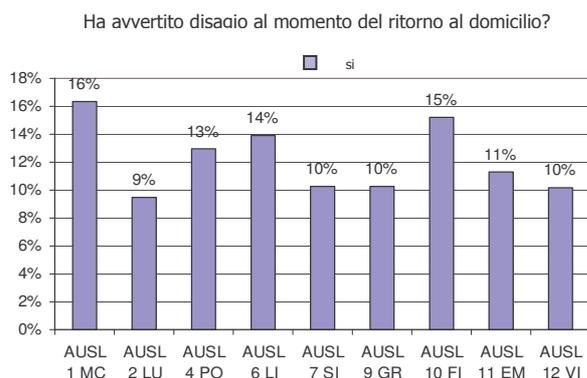


Delle tre visite, la visita ostetrica a domicilio è il servizio meno utilizzato da parte delle donne e registra molta disomogeneità fra le aziende: si passa, infatti, da un 4% ad un 29% di donne che hanno ricevuto la visita. La principale motivazione per il mancato utilizzo del servizio è che questo non interessa; resta comunque alta la disinformazione: da un 9% ad un 49% di donne (in base all'azienda) non era a conoscenza del servizio.

Un ultimo aspetto che riguarda la continuità dell'assistenza dopo la dimissione è collegato al fenomeno della depressione post-partum.

Circa un 12% di donne dichiara di avvertire disagio al ritorno al domicilio a causa della stanchezza fisica, del calo d'umore, del senso di isolamento o proprio a causa di una depressione post-partum.

Delle donne che dicono di avvertire disagio ben il 54% ha preferito non parlarne con nessuno, il 22% ha cercato di risolvere la situazione in famiglia, un 13% si è rivolto ad amici e quasi un 10% (sommando ostetrica del consultorio, MMG e PLS e altra figura, che include lo psicologo del consultorio e dell'ospedale) si è rivolto al SSR.



12. CAPACITÀ ATTIVITÀ DELLA RICERCA - B15 di S. Barsanti

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

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

Ai fini della valutazione, sono state considerate, in questa fase iniziale, soltanto le sperimentazioni cliniche per ciascuna azienda di riferimento. La valutazione regionale si attese su valori medi (2,54), in quanto è calcolata sulla media regionale ed è al suo primo anno di elaborazione.



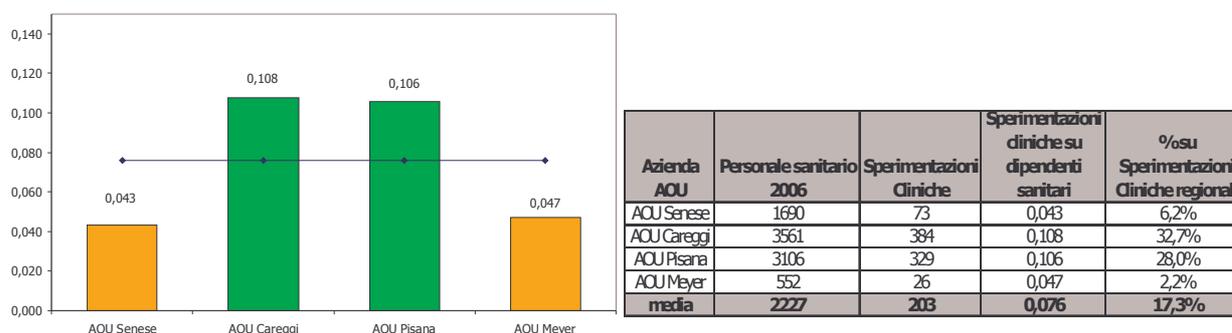
12.1 - Le sperimentazioni cliniche (SC)

Una sperimentazione clinica può essere definita come lo studio sistematico sull'uomo, sia paziente che volontario sano, finalizzato a :

- scoprire gli effetti clinici, farmacologici e/o altri effetti farmacodinamici di uno o più medicinali sperimentali,
- identificare ogni reazione avversa al medicinale in esame,
- studiare l'assorbimento, la distribuzione, il metabolismo e l'eliminazione dello stesso medicinale.

Tale studio ha come obiettivo finale quello di accertare l'efficacia e la sicurezza del medicinale in esame. La fonte dei dati dell'indicatore del sistema di valutazione riferito alle sperimentazioni cliniche è costituita dal 5° Rapporto Nazionale sulle Sperimentazioni Cliniche in Italia, elaborato dall'Agenzia Nazionale del Farmaco.

In particolare, sono state considerate tutte le SC dal 1 gennaio 2000 al 31 dicembre 2005, escluse quelle di fase I.



Al fine di poter confrontare le performance tra le AOU è stato calcolato il rapporto tra sperimentazioni cliniche effettuate e personale sanitario dell'azienda stessa. La media regionale, considerando esclusivamente la AOU, è di circa 0,076 SC per dipendente sanitario. Sia L'AOU di Careggi, che l'AOU Pisana hanno valori superiori alla media: ogni SC in tali aziende è seguita in media da circa 10 dipendenti sanitari. Occorre comunque sottolineare che la valutazione di tale indicatore è ancora in fase sperimentale.

12.2 - Le pubblicazioni

Ai fini di poter valutare e monitorare l'attività di pubblicazione delle AOU, è stata impostata un'analisi sia in termini quantitativi, sia in termini qualitativi, di articoli pubblicati in riviste aventi diffusione internazionale censite dal Journal Citation Report (JCR-Science Edition 2005) per l'anno 2005 e 2006.

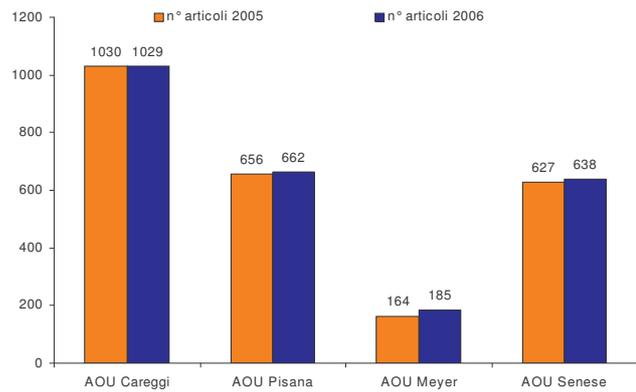
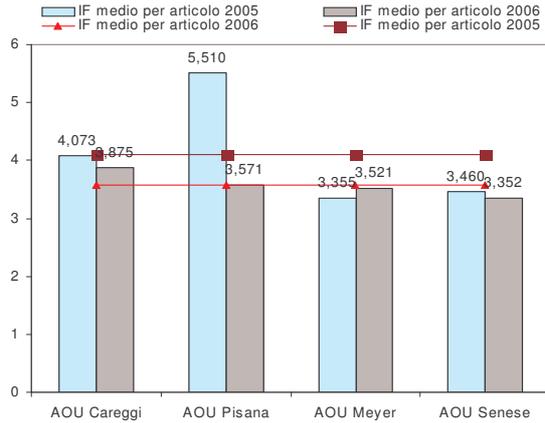
Come indicatore relativo alla "qualità della pubblicazione" è stato utilizzato il fattore di impatto (Impact Factor, IF): l'IF di una rivista misura la frequenza con cui la rivista è stata citata mediamente in un anno. L'impact factor viene calcolato dividendo il numero corrente di citazioni di articoli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

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

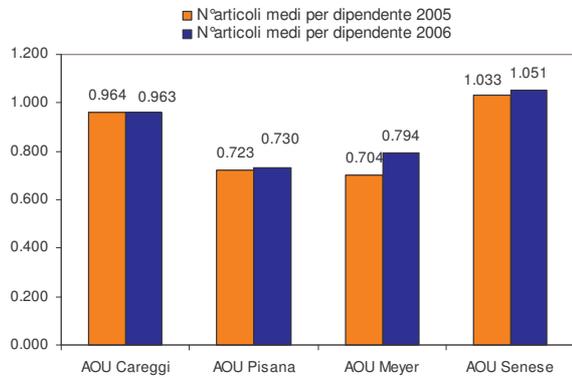
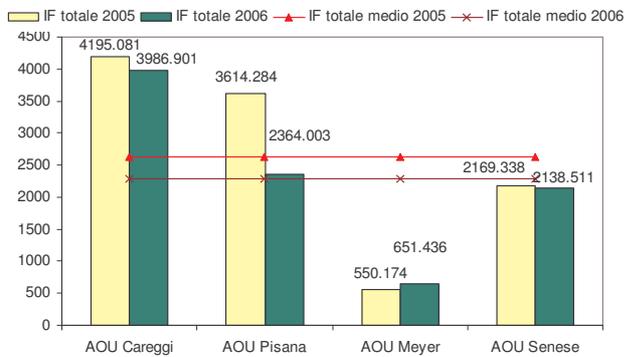
Uno stesso articolo compare, quindi, tante volte quante sono gli autori che il motore di ricerca considera come tali. Una volta avuta la lista degli articoli, essa è stata collegata alla lista delle riviste e ai relativi IF riportati dal JCR. Le pubblicazioni risultate sono state divise sia per dipartimento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

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

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



L'IF medio regionale per articolo per l'anno 2005 è stato di circa 4,09, mentre per l'anno 2006 di 3,5. Non si notano importanti differenze tra le aziende in termini di IF, tranne nell'anno 2005 per l'AOU Pisana che ha registrato un IF medio per articolo di 5,5. Il numero medio di pubblicazioni per dipendente sanitario a livello regionale è di circa 0,8 pubblicazioni, sia per l'anno 2005 che per l'anno 2006.



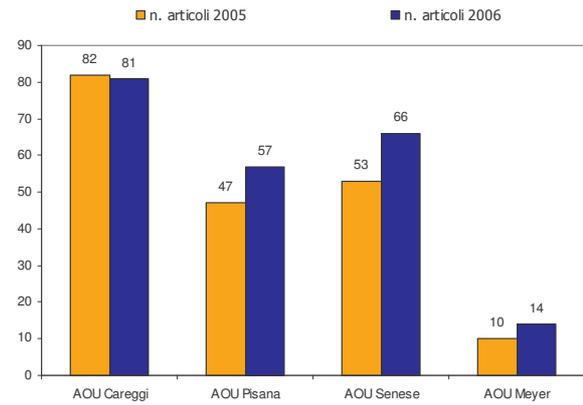
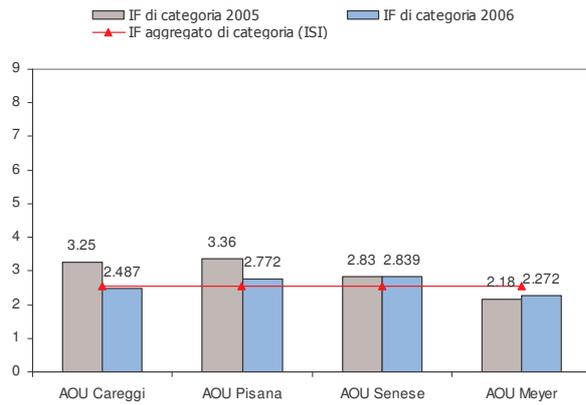
Osservando, invece, l'IF totale aziendale si notano variazioni tra le aziende.

Azienda AOU	IF totale 2005	IF totale 2006	n° articoli 2005	n° articoli 2006	N° Dipendenti	IF medio per dipendente 2005	IF medio per dipendente 2006	IF medio per articolo 2005	IF medio per articolo 2006	N° articoli medi per dipendente 2005	N° articoli medi per dipendente 2006
AOU Careggi	4195,081	3986,901	1030	1029	1193	3,516	3,342	4,073	3,875	0,863	0,863
AOU Pisana	3614,284	2364,003	656	662	907	3,985	2,606	5,510	3,571	0,723	0,730
AOU Meyer	550,174	651,436	164	185	233	2,361	3,521	3,355	3,521	0,704	0,794
AOU Senese	2169,338	2138,511	627	638	607	3,574	3,500	3,460	3,352	1,033	1,051
Media	2632,219	2285,213	619	629	735	3,359	3,242	4,099	3,580	0,831	0,859

Per ciascuna delle categoria tematiche riportate dal JCR (ad esempio chirurgia, anestesia, medicina generale ed interna...), è stato calcolato l'IF medio aziendale e confrontato con l'IF aggregato di categoria, elaborato direttamente dal JCR. Quest'ultimo IF risulta essere un buon indicatore in termini di qualità, essendo più alto in valore dell'IF medio di categoria.

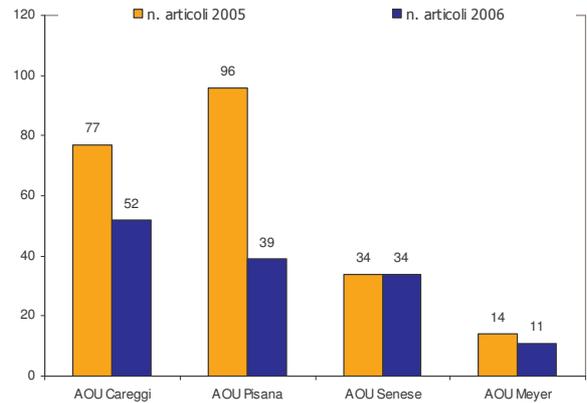
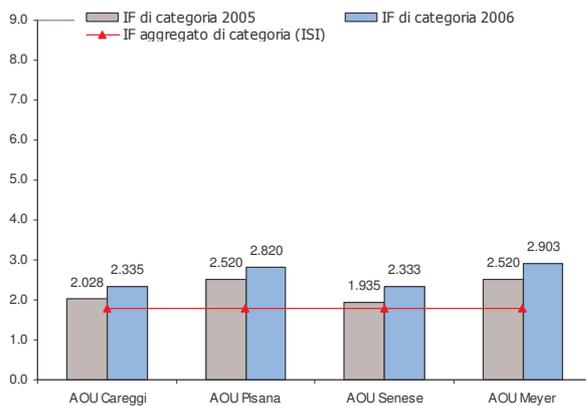
Per le pubblicazioni della categoria "neurologia clinica", ad esempio, si evidenziano buone performance di tutte le aziende, in entrambi gli anni di riferimento: l'IF medio regionale, infatti, per il 2005 è stato del 2,90, mentre per il 2006 di 2,59 contro un IF aggregato di categoria di 2,54; anche il numero delle pubblicazioni negli anni è mediamente aumentato.

Neurologia clinica



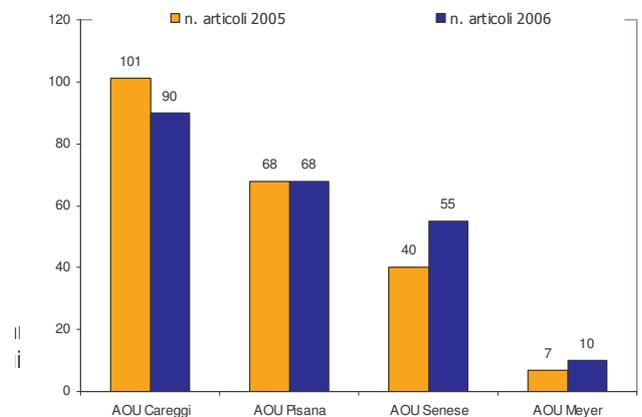
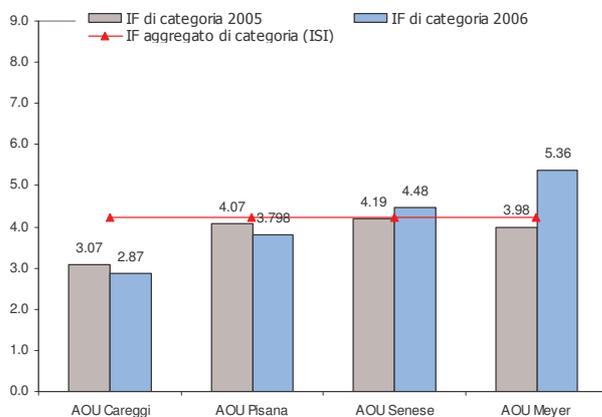
Per la categoria di riviste associate a "chirurgia", invece, tutte le aziende hanno riportato IF medi superiori all'IF aggregato di categoria: l'IF aggregato di categoria di 1,78 è stato superato sia nell'anno 2005 (IF 2,25), sia nell'anno 2006 (2,60); il numero di pubblicazioni, però, risulta notevolmente diminuito.

Chirurgia

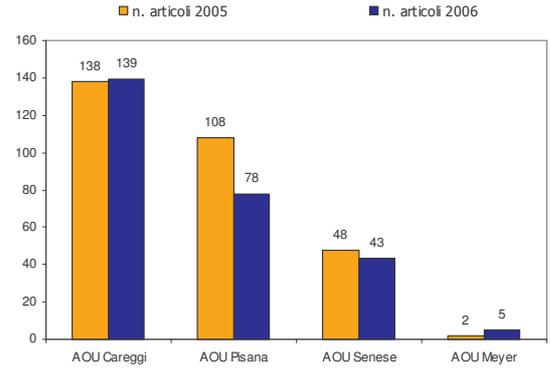
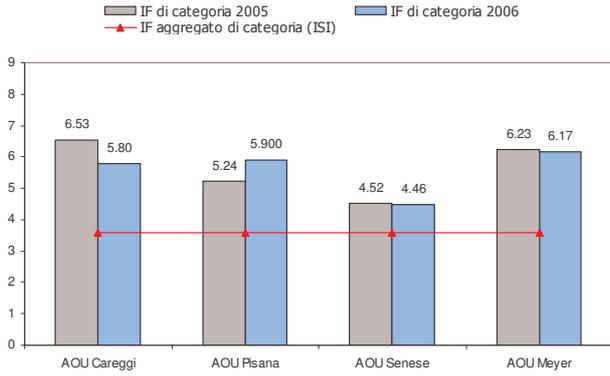


Per la categoria "oncologia", invece, non tutte le aziende riescono a raggiungere l'IF aggregato di categoria: l'IF medio regionale per il 2005 è stato di 3,83, per il 2006 di 4,13 contro un IF aggregato di 4,26; il numero delle pubblicazioni medio regionale rimane stabile.

Oncologia



Cardiologia



neurologia clinica					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	2.541	3.249	2.487	82	81
AOU Pisana		3.364	2.772	47	57
AOU Senese		2.825	2.839	53	66
AOU Meyer		2.175	2.272	10	14
media		2.90	2.59	48.00	54.50

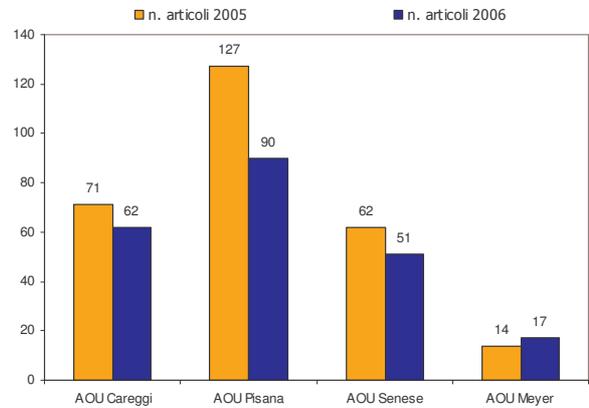
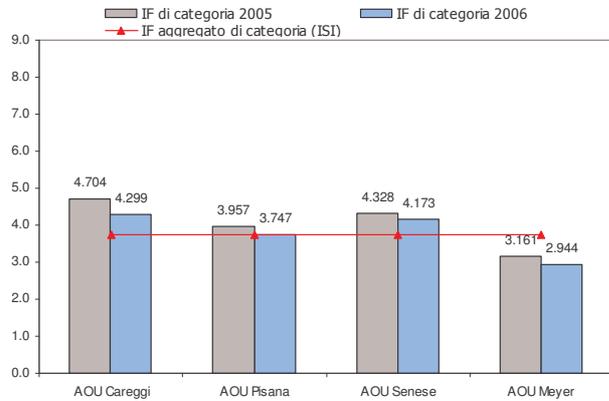
chirurgia					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	1.783	2.028	2.335	77	52
AOU Pisana		2.520	2.820	96	39
AOU Senese		1.935	2.333	34	34
AOU Meyer		2.520	2.903	14	11
media		2.25	2.60	55.25	34.00

oncologia					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	4.226	3.07	2.87	101	90
AOU Pisana		4.07	3.798	68	68
AOU Senese		4.19	4.48	40	55
AOU Meyer		3.98	5.36	7	10
media		3.83	4.13	54.00	55.75

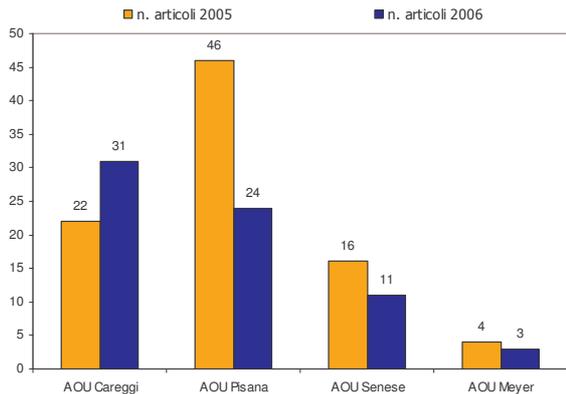
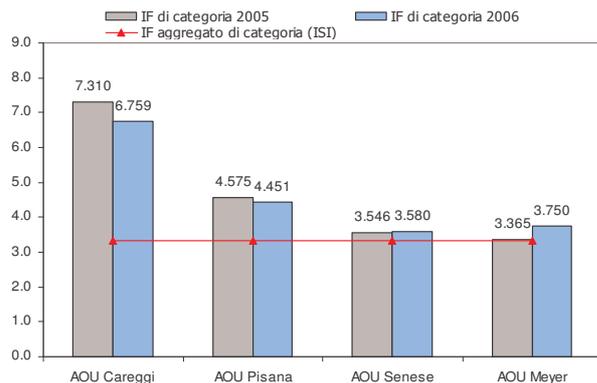
cardiologia					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	3.603	6.53	5.80	138	139
AOU Pisana		5.24	5.90	108	78
AOU Senese		4.52	4.46	48	43
AOU Meyer		6.23	6.17	2	5
media		5.63	5.58	74.00	66.25

Seguono i grafici e le tabelle relative alle altre categorie considerate.

Endocrinologia e metabolismo



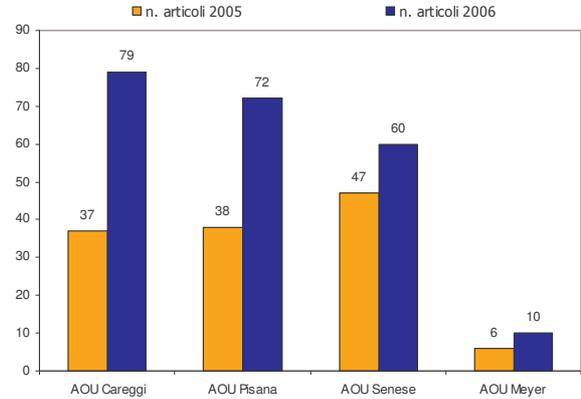
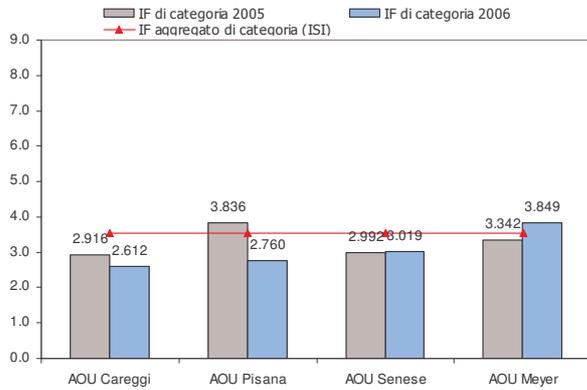
Gastroenterologia e epatologia



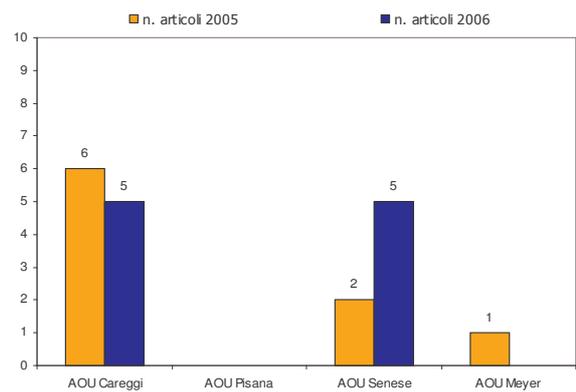
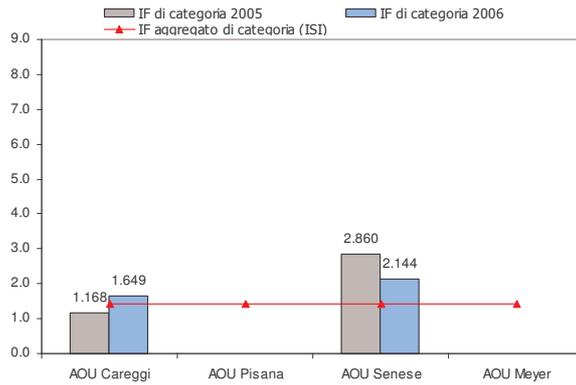
endocrinologia e metabolismo					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	3.746	4.704	4.299	71	62
AOU Pisana		3.957	3.747	127	90
AOU Senese		4.328	4.173	62	51
AOU Meyer		3.161	2.944	14	17
media		4.04	3.79	68.50	55.00

gastroenterologia ed epatologia					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	3.332	7.310	6.759	22	31
AOU Pisana		4.575	4.451	46	24
AOU Senese		3.546	3.580	16	11
AOU Meyer		3.365	3.750	4	3
media		4.70	4.63	22.00	17.25

Neuroscienze



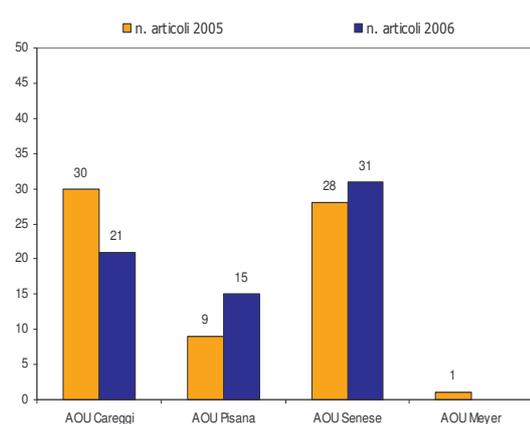
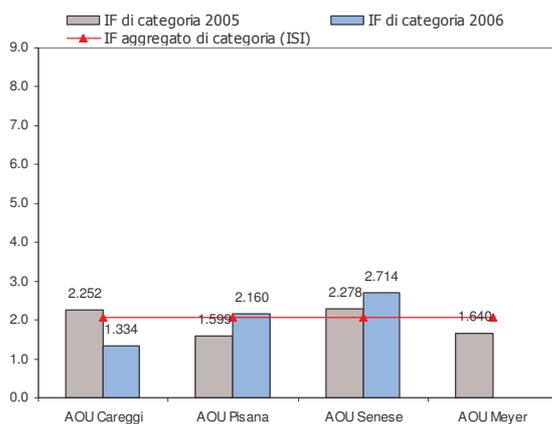
Ortopedia



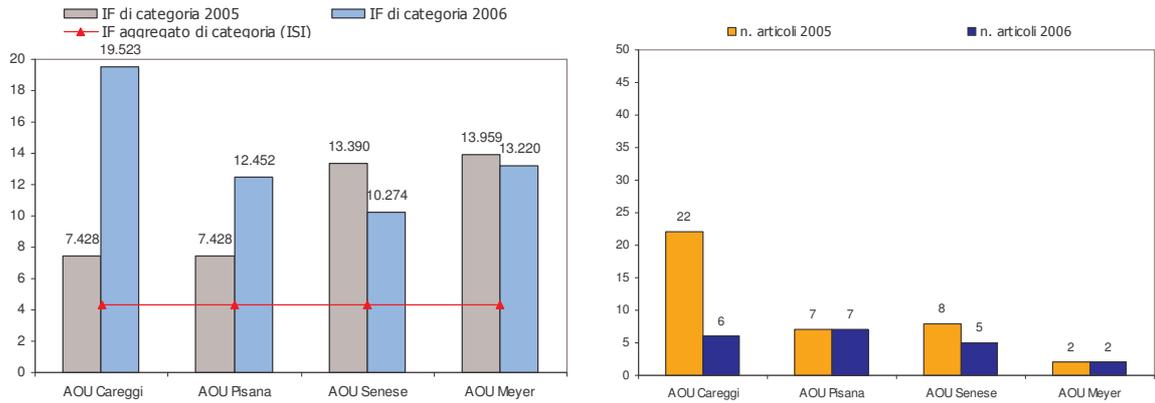
neuroscienze					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	3.552	2.916	2.612	37	79
AOU Pisana		3.836	2.760	38	72
AOU Senese		2.992	3.019	47	60
AOU Meyer		3.342	3.849	6	10
media		3.27	3.06	32.00	55.25

ortopedia					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	1.415	1.168	1.649	6	5
AOU Pisana					
AOU Senese		2.860	2.144	2	5
AOU Meyer		2.187		1	
media		2.86	2.14	1.50	5.00

Ostetricia e ginecologia



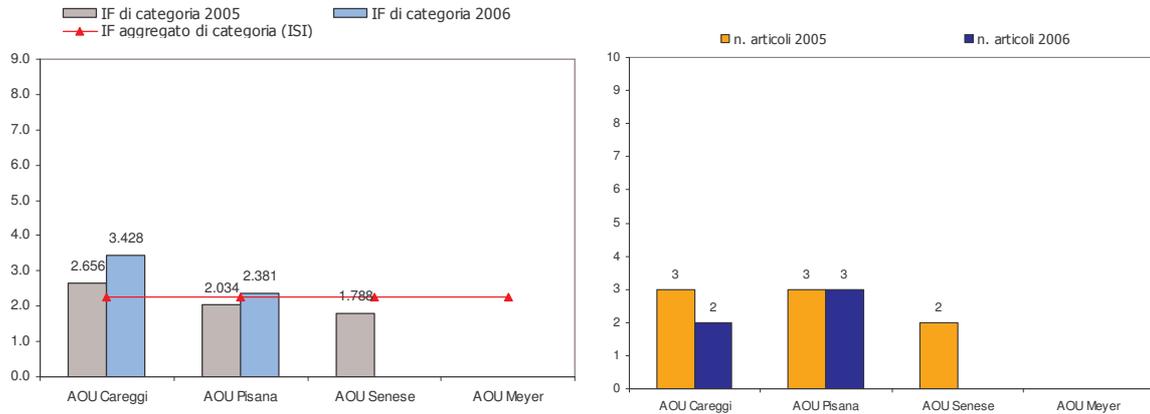
Medicina generale ed interna



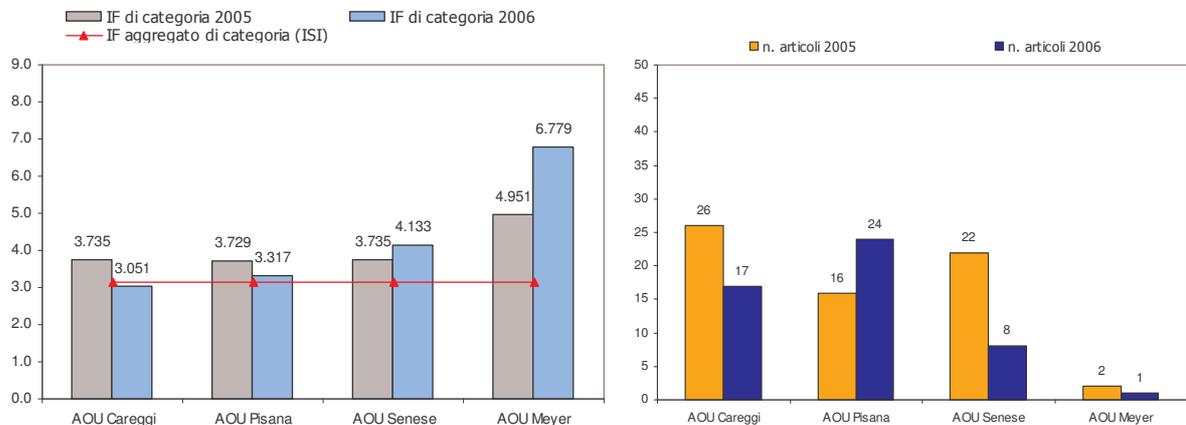
ostetricia e ginecologia					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	2.068	2.252	1.334	30	21
AOU Pisana		1.599	2.160	9	15
AOU Senese		2.278	2.714	28	31
AOU Meyer		1.640		1	
media		1.94	2.07	17.00	22.33

medicina generale ed interna					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	4.35	7.428	19.523	22	6
AOU Pisana		7.428	12.452	7	7
AOU Senese		13.390	10.274	8	5
AOU Meyer		13.959	13.220	2	2
media		10.55	13.87	9.75	5.00

Psicologia



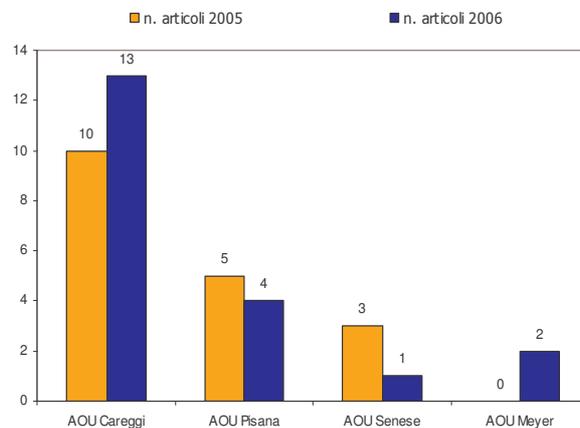
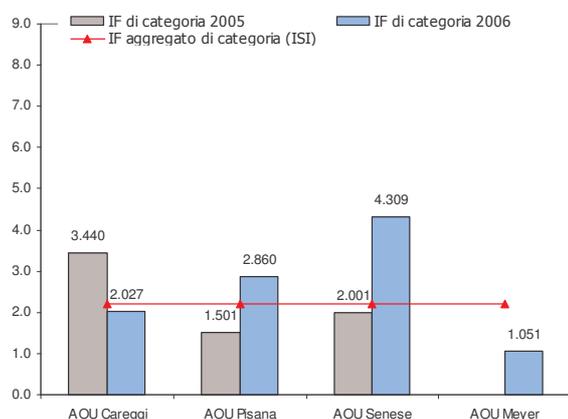
Psichiatria



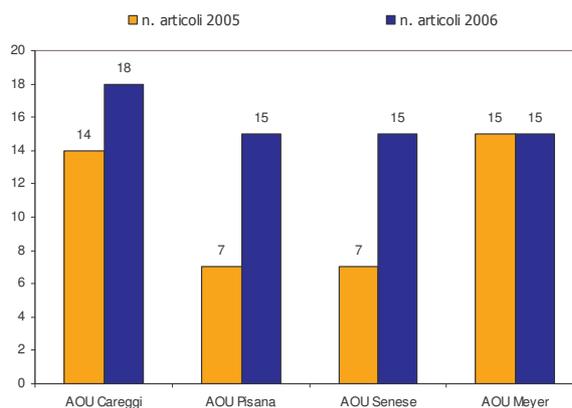
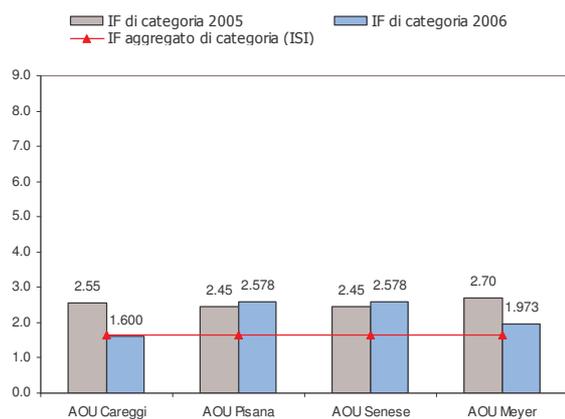
psicologia					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	2.266	2.656	3.428	3	2
AOU Pisana		2.034	2.381	3	3
AOU Senese		1.788		2	
AOU Meyer					
media		2.16	2.90	2.67	2.50

psichiatria					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	3.154	3.735	3.051	26	17
AOU Pisana		3.729	3.317	16	24
AOU Senese		3.735	4.133	22	8
AOU Meyer		4.951	6.779	2	1
media		4.04	4.32	16.50	12.50

Anestesia



Pediatria



anestesia					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	2.191	3.440	2.027	10	13
AOU Pisana		1.501	2.860	5	4
AOU Senese		2.001	4.309	3	1
AOU Meyer			1.051	0	2
media		2.31	2.56	4.50	5.00

pediatria					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	1.643	2.549	1.600	14	18
AOU Pisana		2.455	2.578	7	15
AOU Senese		2.455	2.578	7	15
AOU Meyer		2.702	1.973	15	15
media		2.54	2.18	10.75	15.75