

METODOLOGIA E RAPPRESENTAZIONE DEI RISULTATI NEL CONFRONTO REGIONALE

Introduzione

Il progetto “Network Regioni” è stato attivato nel 2008 con la collaborazione di quattro regioni: Toscana, Liguria, Piemonte ed Umbria. Nell’anno 2010 si sono aggiunte P.A. di Trento, P.A. di Bolzano e Marche, nel 2011 la Regione Basilicata e nel 2012 la Regione Veneto. L’obiettivo del progetto è di fornire un sistema di valutazione della performance del sistema sanitario attraverso il confronto di un set di indicatori condivisi.

Per sviluppare ed implementare un sistema multidimensionale di Valutazione della Performance del sistema sanitario, il Network delle Regioni si basa su quanto già progettato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) e implementato con successo presso la Regione Toscana dal 2004. Il Laboratorio MeS, già dal 2002, ha infatti iniziato un percorso di condivisione con la Regione Toscana per la predisposizione del sistema di valutazione che è stato oggetto di brevettazione con titolarità congiunta della Scuola Superiore Sant’Anna¹. Con l’avvio del progetto “Network Regioni”, tale sistema è stato riadattato attraverso un processo di condivisione inter-regionale che ha portato alla definizione di 130 indicatori, di cui 80 di valutazione e 50 di osservazione, volti a descrivere e confrontare, tramite un processo di benchmarking, vari aspetti o “dimensioni” della performance del sistema sanitario.

Tale iniziativa appare particolarmente significativa se si considera il cammino in atto nel nostro Paese verso un sistema di federalismo fiscale che avrà un rilevante impatto sul sistema di finanziamento della sanità pubblica. Infatti, la presenza di un network di regioni capaci di confrontarsi e di adottare un metodo per strutturare processi di apprendimento sulla base del benchmarking, permette a queste regioni di affrontare adeguatamente la questione relativa all’elaborazione del “costo standard”, ossia dei criteri di valorizzazione delle risorse rispetto ai risultati prodotti, quale metodo di riferimento per l’assegnazione delle risorse da parte della collettività.

L’implementazione del sistema di valutazione avviene attraverso l’utilizzo da parte di ciascuna delle regioni del network di un portale web del Laboratorio MeS per la gestione, condivisione e visualizzazione dei dati, con accesso riservato.

Il confronto può avvenire sia in un’ottica inter-regionale che attraverso la creazione di un bersaglio intra-regionale, focalizzato sul confronto tra le Aziende di ciascuna Regione. Quest’ultimo approccio, in particolare, garantisce ad ogni regione la possibilità di inserire indicatori volti ad esplorare particolari aspetti rilevanti per le strategie regionali e non necessariamente condivisi con le altre Regioni parte del gruppo. Naturalmente, questa possibilità coinvolge in primis le regioni “multi-azienda”, anche se non si esclude l’opportunità anche per regioni quali P.A. di Trento, P.A. di Bolzano e Marche di creare un bersaglio intra-regionale che prenda come unità di analisi i distretti.

L’architettura del sistema di valutazione

Il Sistema di valutazione delle performance in un’ottica di confronto regionale risponde all’obiettivo di fornire a ciascuna regione una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione della performance delle aziende sanitarie tra regioni differenti (benchmarking interregionale).

In ottica multidimensionale i risultati conseguiti dalle aziende sanitarie delle Regioni sono stati analizzati secondo sei dimensioni di analisi, per un totale di 160 indicatori (vedi tabella 1), di cui 100 di valutazione e 60 di osservazione, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello sanitario.

Gli indicatori di valutazione sono stati raggruppati tramite strutture ad “albero” in 40 indicatori di sintesi², al fine di facilitare la lettura dei risultati di performance, mentre i 60 indicatori di osservazione servono di aiuto per interpretare i risultati.

Le dimensioni della valutazione sono:

▪ La valutazione dello stato di salute della popolazione (dimensione A)

Gli indicatori presenti in questa dimensione rappresentano il punto di partenza e di arrivo di tutti i sistemi sanitari, in quanto il miglioramento del livello di salute della popolazione rappresenta la finalità principale di ciascun sistema sanitario. La determinazione della salute della popolazione si traduce, spesso, nella misura dell’assenza di salute che trova nell’evento “morte” la sua espressione negativa più certa e più facilmente quantificabile. Con tale premessa sono stati individuati 4 indicatori di mortalità: mortalità infantile (A1), mortalità per tumori (A2), mortalità per malattie circolatorie (A3) e per suicidi (A4).

Questa tipologia di valori si muove lentamente nel tempo ed un miglioramento registrato oggi è, spesso, determinato dalle scelte gestionali effettuate nel passato. Gli indicatori vengono espressi su base triennale in quanto alcuni tassi di mortalità presentano valori assoluti bassi, per cui il confronto tra tassi annuali sarebbe fortemente soggetto alla numerosità della casistica.

A questi indicatori si aggiungono, inoltre, altri due indicatori volti a descrivere lo stato di salute attuale della

¹ Per ulteriori informazioni sul Laboratorio MeS ed il sistema di valutazione della performance toscano: www.meslab.sssp.it

² La valutazione dell’indicatore di sintesi è in genere ottenuta tramite la media semplice delle valutazioni dei suoi sottoindicatori, ad eccezione degli indicatori della valutazione dei cittadini.



popolazione in analisi: la speranza di vita (A7) e gli stili di vita della popolazione (A6), monitorati secondo la logica del progetto Ministeriale “Guadagnare Salute”, derivante dall’indagine PASSI.

▪ **La valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali (B)**

Le aziende sanitarie rispondono della loro capacità di essere strutture efficienti ed efficaci, non solo come entità autonome, ma anche come soggetti costituenti il sistema sanitario regionale. In questo senso è importante che le aziende siano attente e capaci di implementare gli orientamenti strategici regionali, ossia di applicare il piano sanitario regionale e le delibere regionali nei tempi e nei modi richiesti.

Gli indicatori contenuti in questa dimensione sono orientati a valutare, da un lato, l’operato delle aziende sanitarie nella gestione del dolore (B4); dall’altro, il raggiungimento di obiettivi di prevenzione e promozione della salute: estensione e adesione a programmi di screening (B5), copertura vaccinale (B7) e malattie infettive (B8).

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

In questa dimensione sono compresi una serie di indicatori volti a descrivere i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza, di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario sia per le attività dell’ospedale che per le attività del territorio. Con l’espressione governo della domanda, che fa riferimento agli indicatori relativi ai tassi di ospedalizzazione (C1), si intende la capacità delle aziende di orientare l’accesso dei cittadini al sistema sanitario regionale e di determinare i livelli di utilizzo delle strutture ospedaliere e territoriali.

Con efficienza si indica generalmente la capacità dell’azienda di utilizzare le minime risorse per il massimo raggiungimento dei risultati. Nell’assistenza ospedaliera il concetto di efficienza è misurato in termini di indice di performance di degenza media per acuti (C2a) e degenza media pre-operatoria negli interventi chirurgici programmati (C3).

Il perseguimento dell’appropriatezza rappresenta un punto chiave nell’erogazione dei servizi al fine di garantire, da un lato, l’accesso a prestazioni di buona qualità a chi ne ha bisogno evitando possibili danni alla salute legati ad un consumismo incontrollato; dall’altro di conseguire la sostenibilità economica del sistema sanitario. Tale aspetto è indagato tramite gli indicatori di appropriatezza chirurgica (C4), appropriatezza medica (C14), appropriatezza prescrittiva farmaceutica (C9) e appropriatezza prescrittiva diagnostica (C13); nei primi due sono compresi diversi indicatori presenti nel Patto per la Salute. Dal 2012, sono inoltre monitorati i tassi di ospedalizzazione per la chirurgia elettiva (C18), che, mostrando notevoli variabilità, possono manifestare un problema di appropriatezza.

La qualità clinica è valutata tramite un nutrito albero di indicatori che analizzano l’adozione di protocolli clinici e tecniche strumentale (C5) e altri di rischio clinico (C6), che misurano la sicurezza del paziente, con particolare riferimento alla fase post-operatoria. Da quest’anno sono stati introdotti nuovi indicatori inerenti i volumi erogati per alcune tipologie di interventi chirurgici (C17), per ognuna delle quali è indicata una soglia di qualità, e una sintesi di indicatori del Piano Nazionale Esiti (C19).

Le attività ed i servizi forniti dall’assistenza territoriale sono valutati tramite il livello di integrazione ospedale-territorio (C8a), che considera l’efficacia delle attività territoriali in termini di continuità assistenziale, appropriata gestione delle prestazioni specialistiche e attivazione di percorsi diagnostici e terapeutici omogenei.

Inoltre, in riferimento ai percorsi assistenziali analizzati, quello materno-infantile (C7) ha l’obiettivo di analizzare la qualità sanitaria del percorso nascita; quello delle patologie croniche (C11a) vuole incentivare lo sviluppo di percorsi di disease management per alcune delle principali forme di cronicità: scompenso cardiaco, diabete e BPCO; quello dedicato alla salute mentale (C15) viene valutato al fine di evitare il diffondersi di condizioni di malessere sociale con la conseguente necessità di coinvolgimento della medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Infine, si monitora il percorso di emergenza-urgenza (C16), vista l’importanza strategica del Pronto Soccorso.

▪ **La valutazione esterna (D)**

In questa dimensione viene considerata la valutazione che i cittadini e gli utenti danno dei servizi sanitari aziendali che utilizzano. Il giudizio del cittadino/utente, per diventare di aiuto alle scelte strategiche ed organizzative delle aziende che erogano servizi di pubblica utilità, deve essere articolato nel dettaglio, cogliendo tutti gli aspetti centrali ed accessori nella valutazione del servizio e, soprattutto, oltre al livello di soddisfazione, si deve tener conto della sua esperienza. Di anno in anno, le regioni del network decidono quali indagini sono di maggiore interesse e quindi da attivare. Per l’anno 2012 è stata posta l’attenzione all’indagine degli utenti del Pronto Soccorso delle regioni Toscana e Basilicata: i pazienti hanno ricevuto a casa un questionario cartaceo da compilare e restituire utilizzando una busta preaffrancata allegata. In Toscana hanno risposto 6.049 pazienti mentre in Basilicata 1.327.

Viene inoltre analizzato il tasso di abbandono dal Pronto Soccorso (D9), ovvero coloro che lasciano spontaneamente il Pronto Soccorso dopo l’effettuazione del triage. Analoga questione avviene riguardo alle dimissioni volontarie (D18), che sono strettamente correlate con la soddisfazione dei pazienti.

▪ **La valutazione interna (E)**

In questa dimensione viene considerato il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie. Ormai molti studi evidenziano la rilevante correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, il clima organizzativo aziendale e la soddisfazione degli utenti dei servizi erogati. Puntare sul miglioramento dei risultati, quindi, necessita di una rilevante focalizzazione sui sistemi ed i meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati.

La valutazione interna è particolarmente complessa, in quanto richiede una raccolta di dati ad hoc attraverso la somministrazione di un questionario ai dipendenti. L’indagine è svolta attraverso il metodo C.A.W.I. (Computed Assisted Web Interview), che prevede la compilazione di un questionario on-line gestito mediante il server della Scuola Superiore Sant’Anna. Gli indicatori presenti nel sistema sono il tasso di risposta all’indagine di clima interno (E1), la valutazione data dai dipendenti alla formazione (E9), al management (E10) e alla comunicazione e informazione (E11). L’indagine di clima interno è stata svolta nel 2012 in Regione Toscana, riuscendo a coinvolgere 24.042 dipendenti, e in Regione Basilicata, su 2.579 dipendenti.



• La valutazione economico-finanziaria e di efficienza operativa (F)

La dimensione economico-finanziaria e di efficienza operativa ha lo scopo di valutare come sono utilizzate le risorse, sia a livello complessivo, attraverso l'analisi di bilancio, sia a livello specifico (ad esempio l'uso delle risorse per il consumo di farmaci). Il sistema contiene i dati relativi al governo della farmaceutica territoriale, esplicitati tramite la spesa farmaceutica territoriale pro-capite (F10) e l'efficienza prescrittiva farmaceutica (F12a) che monitora, nello specifico, alcune tra le categorie di farmaci che registrano i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa.

Da quest'anno sono stati inseriti nuovi indicatori frutto dei gruppi di lavoro delle Regioni del Network nell'ambito economico e della prevenzione. Per la parte economica troviamo il costo sanitario pro-capite (F17), il costo medio dell'assistenza ospedaliera (F18) e il costo medio per attività di diagnostica strumentale e per immagini (F19). Riguardo alla prevenzione, è stato introdotto il monitoraggio sulla sicurezza del lavoro (F15), oltre ad un'ampia revisione dei già citati indicatori relativi agli stili di vita, agli screening e alle vaccinazioni, nonché all'osservazione della gestione delle malattie infettive.

Nella tabella seguente sono elencati gli indicatori per l'anno 2012; in verde le teste degli indicatori, in arancione i nuovi indicatori, in corsivo gli indicatori di osservazione.

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2012
VALUTAZIONE SALUTE DELLA POPOLAZIONE (A)	
A1	Mortalità Infantile
A1.1	Mortalità nel primo anno di vita
A1.2	<i>Mortalità neonatale precoce (primi 6 giorni di vita)</i>
A1.3	<i>Mortalità neonatale totale (primi 28 giorni di vita)</i>
A2	Mortalità tumori
A3	Mortalità per malattie circolatorie
A4	Mortalità per suicidi
A6	Stili di vita (PASSI)
A6.1	Attività fisica
A6.1.1	Percentuale di sedentari
A6.1.2	Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico di fare attività fisica
A6.2	Situazione nutrizionale
A6.2.1	Percentuale di persone obese
A6.2.2	% di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso
A6.2.3	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di fare attività fisica
A6.3	Consumo di alcol
A6.3.1	Percentuale di bevitori a rischio
A6.3.2	Percentuale di bevitori a rischio consigliati dal medico di bere meno
A6.4	Abitudine al Fumo
A6.4.1	Percentuale di fumatori
A6.4.2	Percentuale di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare
A7	Speranza di vita
A7.1	Speranza di vita alla nascita
A7.1.1	Speranza di vita alla nascita maschi
A7.1.2	Speranza di vita alla nascita femmine
A7.2	Speranza di vita a 75 anni
A7.2.1	Speranza di vita a 75 anni maschi
A7.2.2	Speranza di vita a 75 anni femmine
CAPACITA' PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI (B)	
B4	Strategie per il controllo del dolore
B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi
B5	Estensione ed adesione allo screening
B5.1	Screening Mammografico
B5.1.1	Estensione grezza dello screening mammografico
B5.1.2	Adesione grezza dello screening mammografico
B5.2	Screening cervice uterina
B5.2.1	Estensione grezza dello screening della cervice uterina
B5.2.2	Adesione grezza dello screening cervice uterina
B5.3	Screening colorettaie
B5.3.1	Estensione grezza dello screening colorettaie
B5.3.2	Adesione grezza dello screening colorettaie



Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2012
B7	Copertura vaccinale
B7.1	Copertura per vaccino MPR
B7.2	<i>Copertura per vaccino antinfluenzale >= 65 anni</i>
B7.3	Copertura per vaccino papilloma virus (HPV)
B7.4	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari
B7.5	Copertura per vaccino antimeningococcico
B7.6	Copertura per vaccino antipneumococcico
B8	Malattie infettive
B8.1	Proporzione malattie invasive batteriche tipizzate
B8.2	<i>Tasso incidenza tubercolosi popolazione residente</i>
B8.3	% Esami colturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare
B8.4	<i>Conferma colturale diagnosi di tubercolosi polmonare</i>
VALUTAZIONE SANITARIA (C)	
C1	Capacità di governo della domanda
C1.1	<i>Tasso ospedalizzazione per 1.000 residenti std età e sesso</i>
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C1.1.2	<i>Tasso ospedalizzazione DH acuti per 1.000 residenti std età e sesso</i>
C1.1.2.1	Tasso ospedalizzazione DH medico acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C1.1.2.2	<i>Tasso ospedalizzazione DH chirurgico acuti per 1.000 residenti std età e sesso</i>
C1.1.3	<i>Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti std età e sesso</i>
C1.3	<i>Posti letto pro-capite</i>
C2a	Indice di performance degenza media per acuti
C3	Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati (Patto per la Salute 2010)
C14	Appropriatezza medica
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti (Patto per la Salute 2010)
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010)
C14.2.2	<i>% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica - pediatrici</i>
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi (Patto per la Salute 2010)
C14.3.2	<i>% ricoveri ordinari medici brevi - pediatrici</i>
C14.4	% ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010)
C4	Appropriatezza Chirurgica
C4.1	% Drg medici da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010)
C4.1.1	% Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari
C4.1.2	% Drg medici da reparti chirurgici: day-hospital
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery (Patto per la Salute 2010)
C5	Qualità clinica
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)
C5.3	% prostatectomie transuretrali
C5.6	% di utilizzo di almeno 1 mammaria nel by-pass (AO)
C5.7	% di interventi di riparazione della valvola mitrale (AO)
C5.8	% ventilazioni meccaniche non invasive
C5.10	<i>% resezioni programmate al colon in laparoscopia</i>
C5.11	% appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni
C5.12	<i>% fratture femore operate sulle fratture diagnosticate</i>
C6	Rischio clinico
C6.4.1	<i>Sepsi post-operatoria per chirurgia d'elezione</i>
C6.4.2	<i>Mortalità intraospedaliera nei dimessi con Drg a bassa mortalità</i>
C6.4.3	<i>Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica</i>
C7	Materno-Infantile
C7.1	% cesarei depurati (NTSV)
C7.2	% parti indotti
C7.3	% episiotomia depurate (NTSV)
C7.4	<i>Tasso neonati con Apgar < 7 al 5° minuto</i>
C7.6	<i>% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)</i>
C7.7	<i>Tasso di ospedalizzazione in pediatria per 100 residenti (0-14 anni)</i>
C7.13	<i>% donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (>=12ª settimana di gestazione)</i>
C7.14	<i>% donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <=4</i>



Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2012
C8a	Integrazione ospedale-territorio
C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti
C8a.2	% ricoveri ripetuti a 31-180 giorni
C8a.3	Tasso concepimenti minorenni per 1.000 donne residenti (12-17 anni)
C11a.4.1	Tasso ospedalizzazione polmonite per 100.000 residenti (20-74 anni)
C8a.19	Pediatria di base
C8a.19.1	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni
C9	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica
C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi): riduzione n. unità posologiche
C9.2	% di abbandono delle statine (Ipolipemizzanti)
C9.3	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina (Antiipertensivi)
C9.4	Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)
C9.9.1.1	% di abbandono di pazienti in terapia con (Antidepressivi)
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C13a	Appropriatezza prescrittiva diagnostica
C13.1	Tasso di prestazioni ambulatoriali per 1.000 residenti std età e sesso
C13.2.1	Tasso di prestazioni TAC per 1.000 residenti std età e sesso
C13.2.2	Tasso di prestazioni RMN per 1.000 residenti std età e sesso
C13a.2.2.1	Tasso di prestazioni RMN muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)
C13.2.3	Tasso di prestazioni Ecocolordoppler per 1.000 residenti std età e sesso
C13.2.4	Tasso di prestazioni Ecografia grezzo per 1.000 residenti
C13.2.5	Tasso di prestazioni Rx tradizionale grezzo per 1.000 residenti
C15	Salute mentale
C8a.13	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni
C8a.13.1	% ricoveri ripetuti entro 1 anno di pazienti psichiatrici maggiorenni, corretto per lo scostamento dal tasso di ospedalizzazione regionale
C8a.13.2	% ricoveri ripetuti entro 7 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni, per azienda di erogazione
C8a.5	Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni
C8a.7	Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni
C16	Pronto Soccorso
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
C16.2	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora
C16.3	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***
C17	Volumi erogati
C17.1	Interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella
C17.2	Interventi chirurgici per tumore maligno al retto
C17.3	Interventi chirurgici per colecistectomia laparoscopica
C17.4	Parti
C18	Chirurgia elettiva
C18.1	Tasso osp. tonsillectomie
C18.2	Tasso osp. colecistectomie std per età
C18.3	Tasso osp. colecistectomie laparoscopiche std per età
C18.4	Tasso osp. sostituzione del ginocchio std per età
C18.5	Tasso osp. sostituzione anca std per età
C18.6	Tasso osp. stripping di vene std per età
C18.7	Tasso osp. angioplastica coronarica percutanea (PTCA) std per età
C18.8	Tasso osp. prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna della prostata std per età
C18.9	Tasso osp. isterectomia std per età
C19	Piano Nazionale Esiti
VALUTAZIONE ESTERNA (D)	
D8a	Valutazione degli utenti del Pronto Soccorso sulla qualità dell'assistenza
D9	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% dimissioni volontarie



Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2012
VALUTAZIONE INTERNA (E)	
E1	% di partecipazione all'indagine di clima interno
E9	La formazione per i dipendenti
E10	Il management per i dipendenti
E12	<i>Il management per i responsabili di struttura</i>
E11	La comunicazione e informazione per i dipendenti
E13	<i>La comunicazione e informazione per i responsabili di struttura</i>
VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA (F)	
F12a	Efficienza prescrittiva farmaceutica
F12a.1	% di inibitori di pompa protonica a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiacidi)
F12a.2	% di statine a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Ipolipemizzanti)
F12a.3	% di ACE inibitori non associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)
F12a.5	% di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antidepressivi)
F12a.6	% di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)
F12a.7	% di ACE inibitori associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)
F12a.9	% di fluorochinoloni a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antibiotici)
F12.11a	Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sui sartani associati e non
F12a.14	% molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza
F10	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
F15	Sicurezza sul lavoro
F15.1	Risultato
F15.1.1	<i>N. inchieste infortuni concluse con violazioni/ N. inchieste infortuni</i>
F15.1.2	<i>N. inchieste malattie professionali con violazioni/N. inchieste malattie professionali</i>
F15.2	Copertura del territorio
F15.2.1	N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti
F15.2.2	N. aziende delle costruzioni ispezionate/N. aziende delle costruzioni
F15.2.3	N. cantieri ispezionati/N. cantieri notificati
F15.3	Efficienza produttiva
F15.3.1	N. aziende ispezionate/N. personale UPG SPSAL
F15.3.2	N. sopralluoghi/N. personale UPG SPSAL
F17	Costo sanitario pro-capite
F17.1	<i>costo pro-capite assistenza ospedaliera</i>
F17.1.1	<i>costo pro-capite dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria\DH\DS</i>
F17.1.2	<i>costo pro-capite dei ricoveri in riabilitazione (ordinari+diurni)</i>
F17.2	<i>costo pro-capite per assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</i>
F17.3	<i>costo pro-capite assistenza distrettuale</i>
F17.3.1	<i>costo pro-capite assistenza specialistica</i>
F17.3.1.1	<i>costo pro-capite diagnostica strumentale e per immagini</i>
F17.3.2	<i>costo pro-capite assistenza sanitaria di base</i>
F18	Costo medio dell'assistenza ospedaliera
F18.1	Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti
F18.2	<i>Costo medio dei ricoveri in riabilitazione</i>
F19	Costo medio per attività di diagnostica strumentale e per immagini



Il Network delle regioni: il processo di condivisione

Il Network delle regioni è stato attivato nel 2008 con il coinvolgimento di quattro regioni: Toscana, Liguria, Piemonte e Umbria. La prima dimensione analizzata è stata quella relativa alla valutazione socio-sanitaria per un totale di 45 indicatori.

Nel corso degli anni, via via che altre regioni hanno aderito al sistema, sono state implementate, dopo un adeguato processo di condivisione interregionale, tutte le 6 dimensioni del bersaglio, per un totale di 160 indicatori.

L'obiettivo di questo processo di condivisione è stato di sviluppare il progetto in una logica di trasparenza e ciò è stato fondamentale per l'accettazione dello strumento di valutazione quale mezzo per uscire dall'auto-referenzialità, al fine di intraprendere un percorso di miglioramento della performance guidato dal costante confronto con altre realtà più o meno simili.

Per i primi anni, la valutazione è stata basata sul metodo dei quintili ovvero ordinando le regioni/aziende secondo i valori crescenti dell'indicatore e dividendo la distribuzione dei valori in 5 classi di pari ampiezza. Le regioni con la performance migliore sono quelle che ricadono nel I quintile, mentre quelle con la performance peggiore nel V quintile. Inoltre, alle fasce di valutazione adottate corrispondono i punteggi e colori di riferimento mostrati in fig.1. Questo metodo, tuttavia, pone dei limiti, in quanto la performance dipende dalla variabilità dell'indicatore, per cui le regioni con un numero maggiore di aziende tendono a posizionarsi attorno al livello medio di performance. Per ovviare a tali limitazioni, nel corso del 2011 le Regioni hanno condiviso degli standard di riferimento per ciascuno degli indicatori, e sulla base di tali standard sono state costruite le fasce di performance.



Fig. 1. Le fasce di valutazione

La rappresentazione dei risultati

Dal 2008 viene predisposto un report annuale con i risultati delle Regioni sugli indicatori identificati. Nei primi due anni, il report è stato utilizzato dalle Regioni aderenti al network con una diffusione interna al sistema per facilitare il processo di conoscenza e condivisione tra gli attori del sistema, ossia il management, i professionisti sanitari e i policy makers, facilitando la diffusione della cultura della valutazione. Dall'anno 2010 il report è pubblico, fruibile da tutti gli stakeholders, cittadini compresi. Le Regioni aderenti al network considerano, infatti, la trasparenza e l'accountability un valore del proprio operato e, per questo, rendono pubblici i propri risultati.

Il report contiene un commento sul significato di ciascun indicatore, i dati a confronto tra le regioni e tra le aziende di tutte le regioni, una tabella contenente numeratore, denominatore e valore dell'indicatore ed una scheda di costruzione dell'indicatore con i dettagli tecnici per l'elaborazione. Gli indicatori sono poi sinteticamente rappresentati tramite il cosiddetto "bersaglio" (fig. 2).

Lo schema del bersaglio viene adottato al fine di offrire un immediato quadro di sintesi sulla performance ottenuta dalla regione/azienda su tutte le sei dimensioni del sistema e di identificare istantaneamente i punti di forza e di debolezza della regione/azienda considerata.

Gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio, identificando le migliori performance dell'ente, quelli con performance scarsa si trovano, invece, sulla fascia rossa più esterna, corrispondente alle criticità regionali o aziendali.

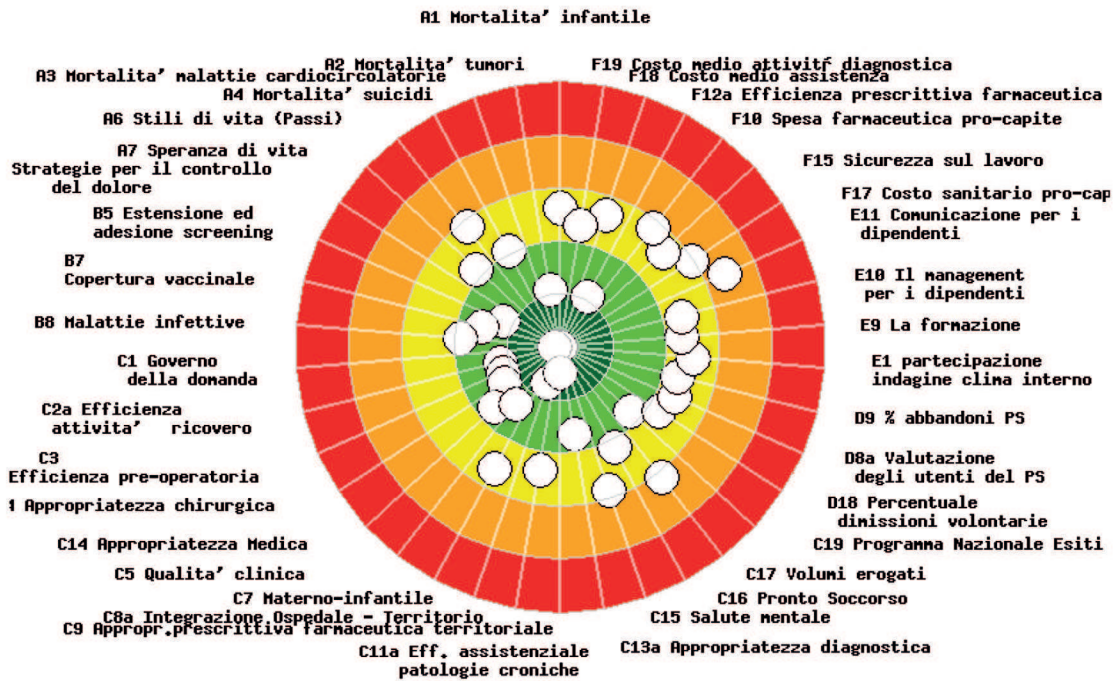


Fig. 2. Il bersaglio interregionale

Ciascun indicatore è rappresentato graficamente da due istogrammi: nel primo compaiono tutte le regioni (vedi fig. 3), nel secondo tutte le aziende coinvolte nel confronto³ (vedi fig. 4), ordinate secondo la regione di appartenenza.

Sono, inoltre, riportati i grafici del trend degli ultimi due periodi temporali disponibili, per la maggior parte degli indicatori 2011-2012, sia per le regioni che per le aziende.

C4.1 - % DRG medici dimessi da reparti chirurgici

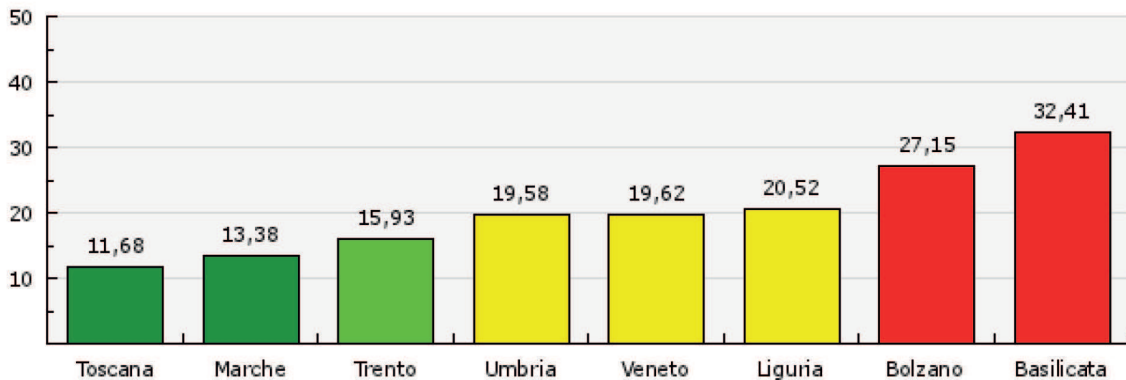


Fig. 3. Il grafico di confronto regionale

³ In quest'ultimo grafico compariranno anche le regioni mono-azienda che vengono, in questo caso, trattate come Aziende Sanitarie.



C4.1 - % DRG medici dimessi da reparti chirurgici

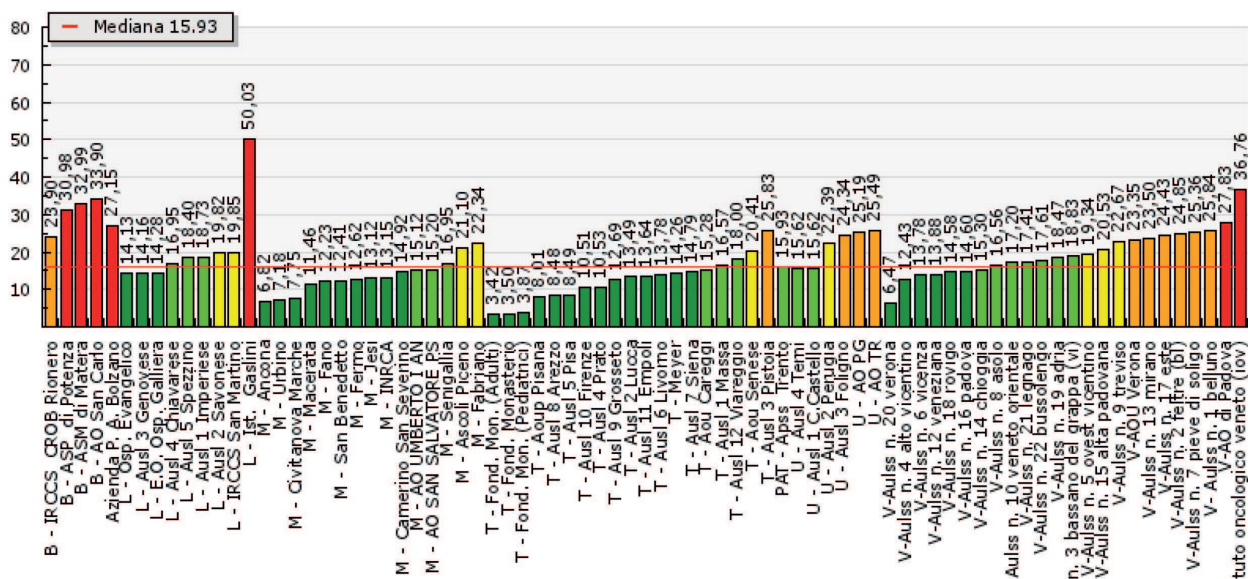


Fig. 4. Il grafico di confronto aziendale

Viene inoltre resa disponibile una tabella contenente il nome dell'azienda, il valore dell'indicatore, il numeratore, il denominatore e l'anno di riferimento. Infine, l'indicatore è corredato da una scheda (fig. 5) con la finalità di descriverne dettagliatamente le modalità di costruzione, sia in un'ottica sia di replicabilità e confrontabilità, che di miglior comprensione e interpretazione dell'indicatore.

C4.1.1

% DRG MEDICI DIMESSI DA REPARTI CHIRURGICI: RICOVERI ORDINARI

DEFINIZIONE	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari
NUMERATORE	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari x 100
DENOMINATORE	N. di dimessi da reparti chirurgici per i ricoveri ordinari
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica. Si considera inclusa la One Day-Surgery. Sono esclusi: • dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) • dimessi con diagnosi principale e secondarie per intervento non eseguito (V641, V642, V643) • dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile), 124, 125 • le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0, in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95 • dimessi con tipo DRG né medico né chirurgico.</p>
RIFERIMENTO	Obiettivo: <20%
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

Fig. 5. La scheda indicatore



Il bersaglio rappresenta una modalità ormai consolidata per visualizzare i risultati di maggiore rilevanza conseguiti da ciascun soggetto del sistema relativamente all'anno considerato, una fotografia dei punti di forza e di debolezza dell'organizzazione; non è, però, in grado di evidenziare quale sia stato lo sforzo compiuto da ciascuna azienda e dal sistema nel suo complesso per migliorare la performance da un anno all'altro.

Per permettere di evidenziare quanto le aziende sanitarie sono state in grado di migliorare i risultati rispetto all'anno precedente, è stata messa a punto una nuova modalità di rappresentazione della performance che indica, da un lato, la performance dell'indicatore nell'anno in corso e, dall'altro, la capacità di miglioramento rispetto all'anno precedente e rispetto alle altre regioni.

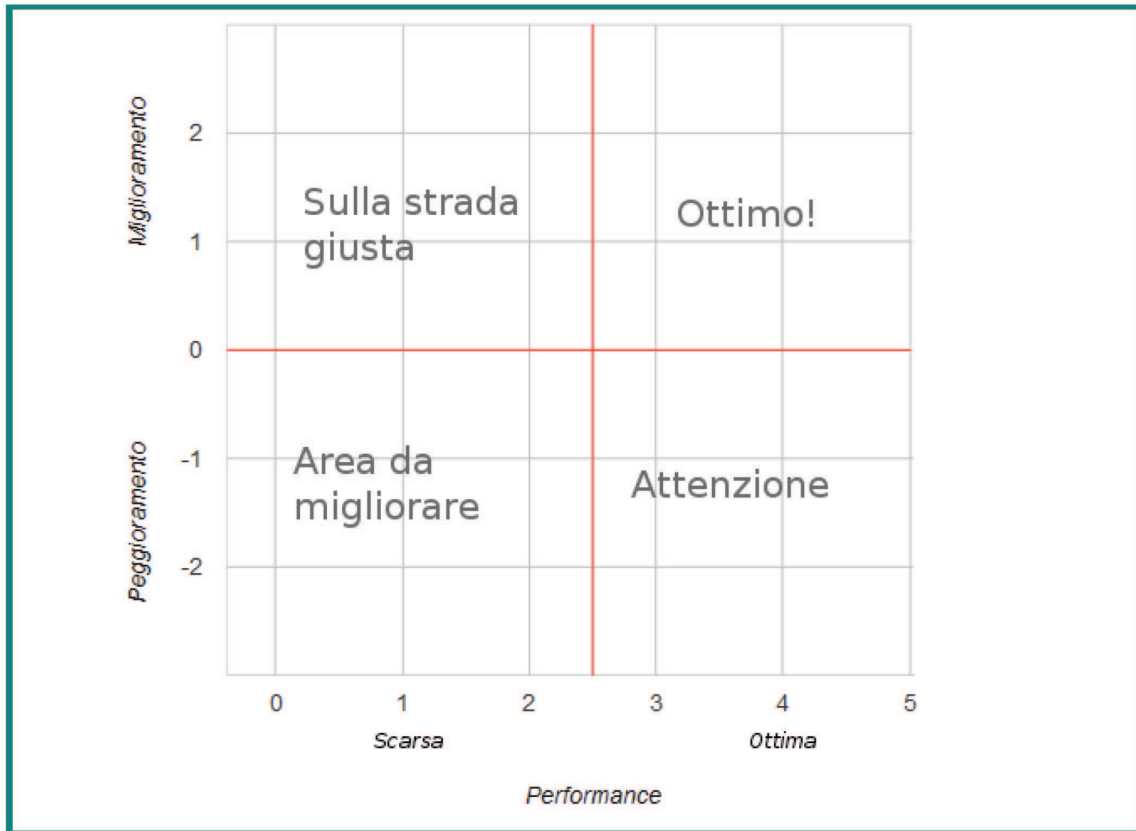


Fig. 6. La mappa di performance

Nelle mappe di performance, la capacità di miglioramento (rappresentato nell'asse verticale, y) viene calcolata, per ogni regione e per ogni indicatore selezionato, come variazione percentuale 2012-2011, riproporzionata in modo da variare in una scala compresa tra -2 e +2 (dove -2 indica capacità di miglioramento pessima e +2 ottima). La performance (rappresentata nell'asse orizzontale, x), invece, corrisponde al punteggio di valutazione dell'anno 2012 associato a ciascun indicatore selezionato.

Si possono, quindi, individuare 4 quadranti di riferimento, considerando come origine degli assi il punto con valore dell'asse y pari a zero e valore dell'asse x pari al punteggio medio regionale.

Se l'indicatore si colloca nel quadrante in alto a destra, presenta una ottima performance, sia in termini di posizionamento rispetto alle altre regioni, sia in termini di capacità di miglioramento dal 2011 al 2012, ovvero la regione nel 2012 per l'indicatore selezionato ha dimostrato un'ottima performance, con un trend 2011-2012 in miglioramento rispetto alle altre regioni. Se il dato si trova nel quadrante in alto a sinistra, significa che è migliorato dal 2011 al 2012 rispetto alle altre regioni, ma non ha ancora conseguito un buon risultato in termini di performance 2012 e si colloca, pertanto, "sulla strada giusta".

Nel caso in cui l'indicatore sia posizionato nel quadrante in basso a destra, ottiene una buona valutazione, ossia persegue un buon risultato nel 2012, ma registra un trend peggiore rispetto alle altre regioni e si pone, quindi, in una situazione di "attenzione". Se, infine, il dato si trova nel quadrante in basso a sinistra, risulta un'"area da migliorare", in quanto la valutazione è inferiore rispetto alle altre regioni e con trend in peggioramento.

Per ogni regione sono state rappresentate due mappe di performance, corrispondenti a due livelli essenziali di assistenza: ospedale e territorio. Non è stato possibile inserire nelle mappe di performance tutti gli indicatori del sistema di valutazione, in quanto sarebbero diventate illeggibili, per cui sono stati scelti gli indicatori maggiormente significativi, considerati *driver* di altri. Da un punto di vista strettamente metodologico, inoltre, per essere rappresentati nella mappa gli indicatori devono essere disponibili per l'anno in corso e per il precedente, e devono essere di valutazione.

Di seguito l'elenco degli indicatori considerati per la visualizzazione delle mappe.



Mappa Ospedale	
C2a	Indice di performance degenza media per acuti
C3	Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati (Patto per la Salute 2010)
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010)
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi (Patto per la Salute 2010)
C14.4	% ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni (Patto per la Salute 2010)
C4.1	% Drg medici da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010)
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery (Patto per la Salute 2010)
C5.1	% Ricoveri ripetuti entro 30 giorni
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)
C7.1	% cesarei depurati (NTSV)
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
D9	% abbandoni da PS
D18	% dimissioni ospedaliere volontarie

Fig. 7. Gli indicatori utilizzati per la costruzione della mappa di performance dei servizi ospedalieri, anno 2012

Mappa Territorio	
B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C4.8	DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti
C8a.13	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C13a.2.2.1	Tasso di RM Muscolo Scheletriche (≥ 65 anni)
F10	Spesa farmaceutica terr. pro-capite
F12a.2	% di statine a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Ipolipemizzanti)
F12.11a	Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sui sartani (associati e non)

Fig. 8. Gli indicatori utilizzati per la costruzione della mappa di performance dei servizi territoriali, anno 2012