

TAB. 5. La valutazione della prevenzione per il trust di Cambridge City PCT

Indicatore	Valore medio nazionale (EN)	Valore medio trust	Performance
Screening cervicce	81%	79%	Media (3)
Vaccinazione antinfluenzale	71%	77%	Ottima (5)
Vaccinazione MPR	81%	84%	(4)

Fonte: National Health System, 2006.

La misura e la valutazione delle attività di prevenzione utilizzata dalla *Healthcare Commision* risulta essere molto simile a quella adottata dal sistema di valutazione delle aziende sanitarie toscane. All'interno del sistema, infatti, sono stati inseriti due indicatori principali relativi alle attività di prevenzione:

- l'indicatore B5, riguardante l'attività di screening oncologici (prevenzione secondaria);
- l'indicatore B7, riguardante alcune vaccinazioni raccomandate (prevenzione primaria).

Tali indicatori risultano di particolare importanza per la strategia di prevenzione impostata sia a livello regionale, che a livello nazionale. Entrambi gli indicatori, infatti, sono costruiti in base ad obiettivi specifici previsti dal PSR 2005-2007. Tali obiettivi determinano i criteri di valutazione e la performance degli stessi sarà data dal livello di raggiungimento di tali obiettivi prefissati. La scelta di inserire gli indicatori di prevenzione all'interno dell'area di valutazione delle strategie regionali è dovuta all'attenzione che da sempre la Regione Toscana ed il Dipartimento di Salute dedicano



al problema della prevenzione e della promozione della salute. Se da una parte il Dipartimento di Prevenzione si impegna a garantire condizioni igienico sanitarie idonee, dall'altra anche il cittadino diviene parte attiva delle attività di prevenzione quando adotta stili e comportamenti di vita salubri, quando sceglie di vaccinare se stesso ed i propri figli, quando esegue gli screening consigliati¹⁵.

3.2. Gli screening oncologici

Il primo dei 12 progetti speciali del piano sanitario è dedicato alle *Azioni per la prevenzione e la cura dei tumori*. La Regione da sempre si è mossa su questo versante della prevenzione ed è stata tra le prime regioni italiane ad attivare programmi di screening oncologici pubblici. Come sottolinea lo stesso PSR, ci sono ancora ampi margini di miglioramento e si conferma la necessità di stabilire un collegamento più stretto tra l'attività diagnostica e quella terapeutica. Attualmente i programmi di screening oncologico organizzati della Regione Toscana sono tre: lo screening mammografico, lo screening cervicale e lo screening coloretale. Su tali programmi è stato costruito l'indicatore B5, come mostra la seguente figura.

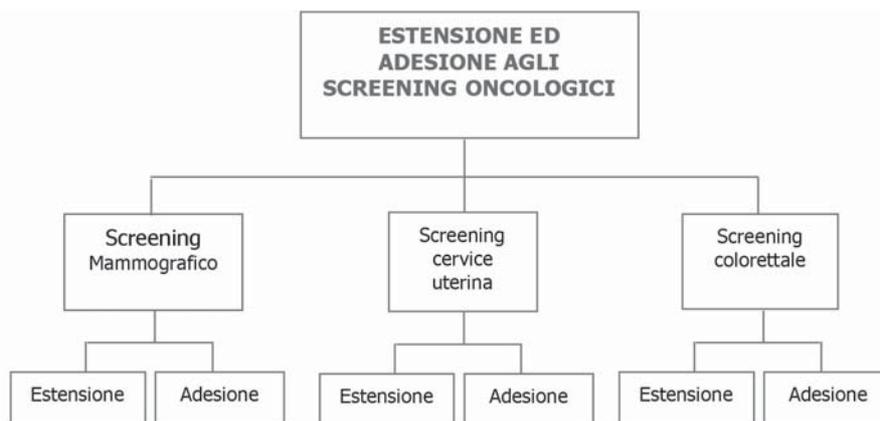


FIG. 6. L'albero di valutazione degli screening

¹⁵ Si veda www.salute.toscana.it.





Tutte e tre i programmi sono misurati attraverso due indicatori di processo:

1. l'estensione degli inviti, ovvero la copertura della popolazione bersaglio;
2. l'adesione agli inviti, ovvero la partecipazione agli screening come rapporto tra inviti e utenti invitati.

La valutazione finale dell'indicatore è data dalla media dei punteggi relativi ai singoli programmi, che deriva a sua volta dalla media dei punteggi dei due indicatori di processo. Gli obiettivi fissati dal Piano Sanitario regionale 2005-07 prevedono il perseguimento di obiettivi precisi tanto in termini di estensione che in termini di adesione agli stessi da parte della popolazione target. Nella valutazione degli screening sono stati fissati dalla Regione degli obiettivi intermedi annuali, condivisi con il CSPO. I dati elaborati provengono dal *Rapporto sugli screening della Regione Toscana*, a cura del Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (CSPO) e si riferiscono all'anno 2006.

Ai fini di una corretta analisi dei dati è importante effettuare alcune precisazioni. 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 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.

In particolare, si considerano come misure di valutazione





corrette sia l'estensione aggiustata, ovvero depurata da quei soggetti esclusi prima dell'invito – già affetti, malati cronici, soggetti che hanno effettuato un test di recente, ecc. –, sia l'adesione aggiustata, ovvero depurata dai soggetti che sono esclusi dopo l'invito – soggetti che comunicano di aver già effettuato un test di recente.

3.3. Gli screening mammografici

Nell'anno 2000, in Italia il tasso di mammografia in assenza di sintomi, in età superiore ai 40 anni, era in media del 46.6%, con notevoli differenze tra le varie regioni, in particolare tra nord e sud [Istat 2000].

In Toscana, per quanto riguarda gli screening mammografici, rivolti a donne in età compresa tra i 50 e i 69 anni, l'estensione media del triennio 2004-2006 è stata dell'86,3%. Si registrano però ancora forti differenze tra le aziende sanitarie.

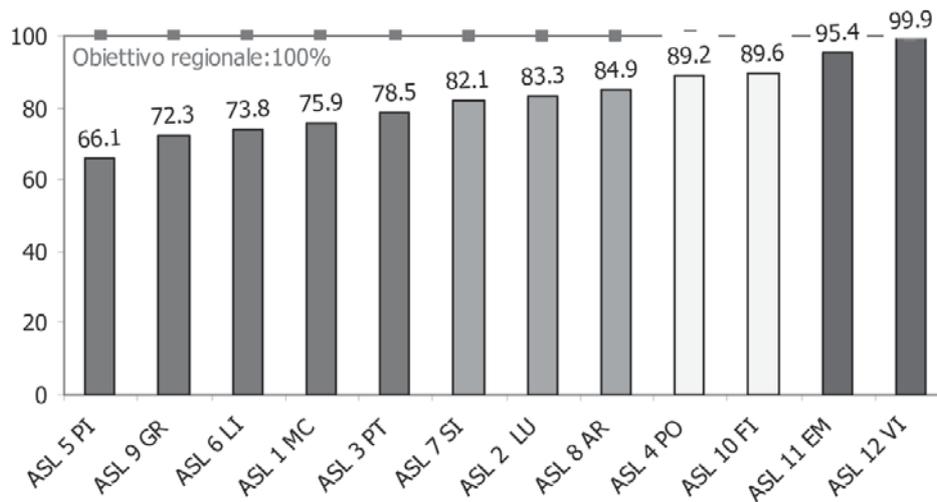


FIG. 7. La valutazione dell'estensione agli screening mammografici, 2004-2006

In due aziende sanitarie l'estensione¹⁶ agli screening

¹⁶ Solo per gli screening mammografici è stata considerata l'estensione grezza.





mammografici ha superato il 90%. Nonostante le notevoli variazioni, il trend è in continuo miglioramento negli anni, come mostra il grafico relativo al trend dal 2004 al 2006.

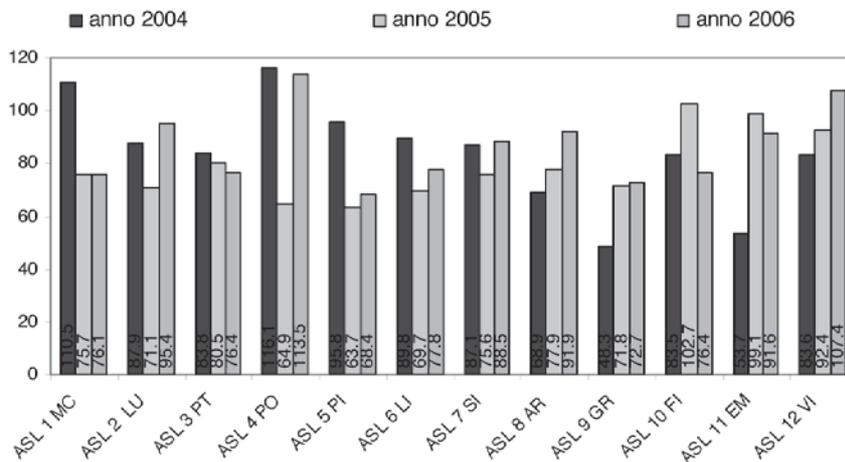


FIG. 8. Il trend per l'estensione agli screening mammografici, 2004-06

L'adesione, invece, presenta performance più uniformi tra le aziende, con una percentuale media regionale di partecipazione al programma di circa il 68%, leggermente in calo rispetto all'anno precedente. Nessuna Azienda nel 2006 è riuscita a raggiungere l'obiettivo di adesione previsto dell'80% degli inviti.

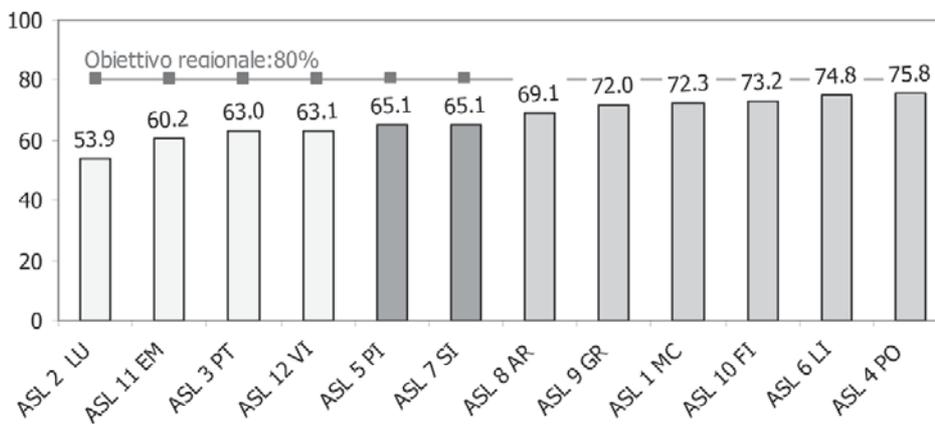


FIG. 9. La valutazione dell'adesione agli screening mammografici, 2006

Se si confrontano i dati relativi all'adesione degli anni 2004-06, 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 68,3% del 2006, con un miglioramento in tutte le aziende sanitarie.

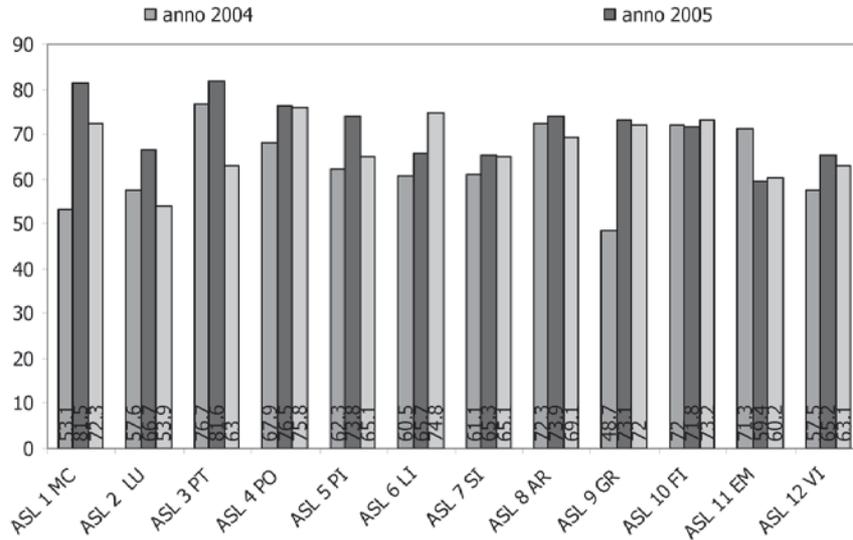


FIG. 10. Il trend per l'adesione agli screening mammografici, 2003-06

3.4. Gli screening alla 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 un'estensione media regionale nel triennio 2004-2006 di circa il 98%, riuscendo quasi a raggiungere gli obiettivi prefissati dal PSR.

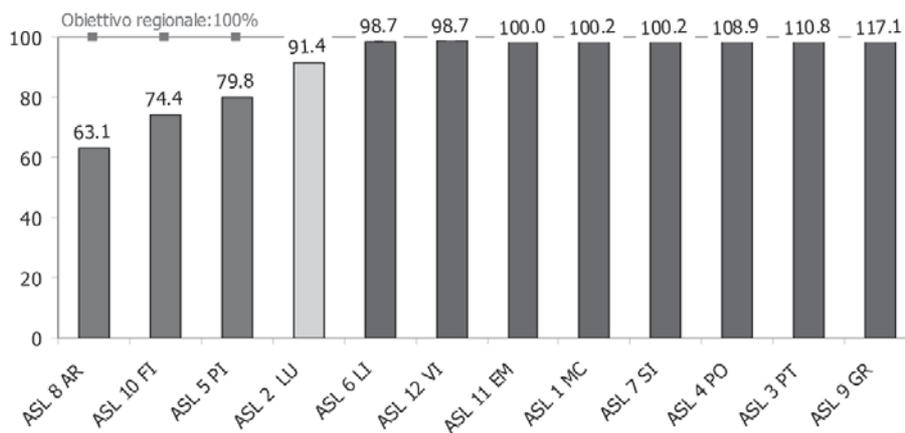


FIG. 11. La valutazione dell'estensione agli screening alla cervice uterina, 2004-2006





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 mostrano invece livelli di estensione piuttosto bassi, con valori inferiori all'80%.

Disaggregando in dati relativi all'estensione negli anni 2004-06, si nota un calo per l'anno 2005, con un'estensione che scende al 95% e una ripresa per l'anno 2006.

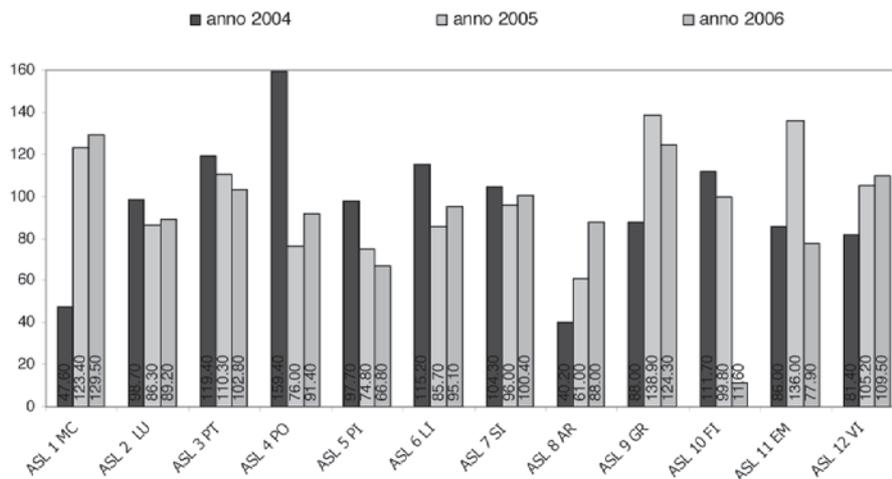


FIG. 12. Il trend per l'estensione agli screening alla cervice uterina, 2004-06

L'adesione allo stesso programma per l'anno 2006, invece, a livello regionale è di circa il 49%, con differenze tra le performance aziendali, che oscillano da un minimo del 35% ad un massimo del 64%, che raggiunge l'obiettivo regionale fissato.

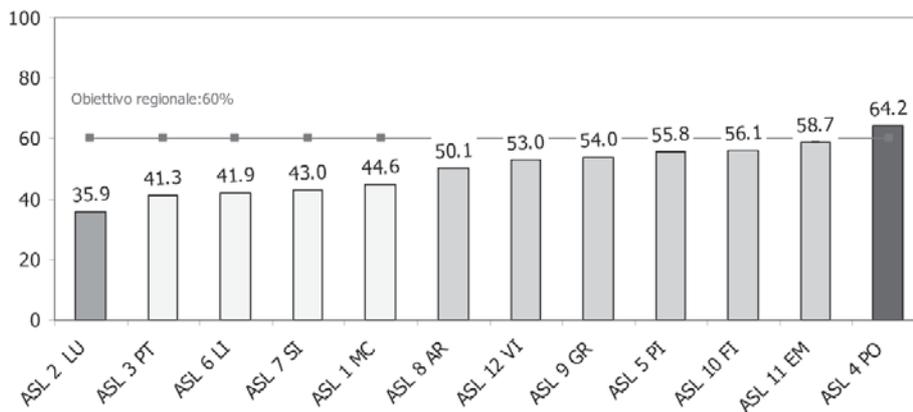


FIG. 13. La valutazione dell'adesione agli screening alla cervice uterina, 2006





Il trend regionale rispetto all'adesione al programma mostra un lieve miglioramento tra il 2004 (43%) ed il 2006 (49%).

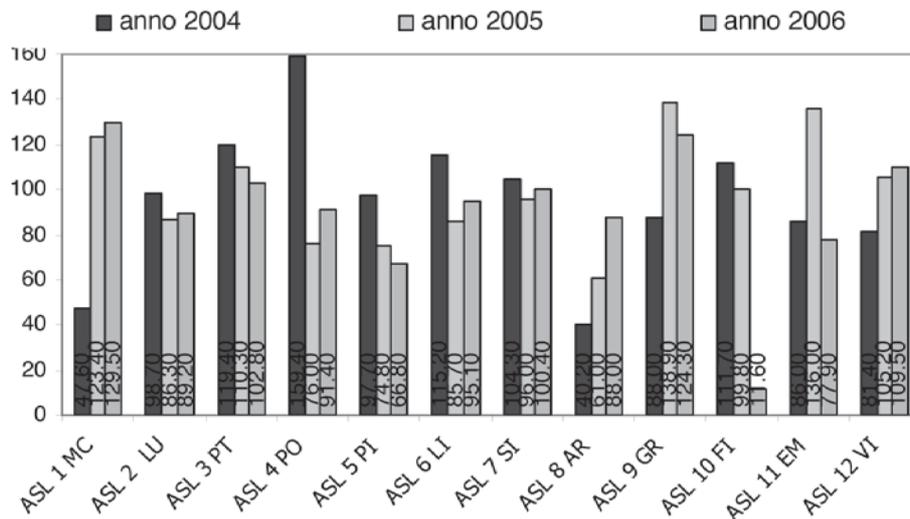


FIG. 14. Il trend per l'adesione agli screening alla cervice uterina, 2004-06

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 tra il 2005 ed il 2006 in tutte le aziende sanitarie: nel 2005, infatti, dovevano ancora dare avvio al servizio alcune AUSL toscane, mentre nel 2006 soltanto una non aveva ancora attivato il programma.

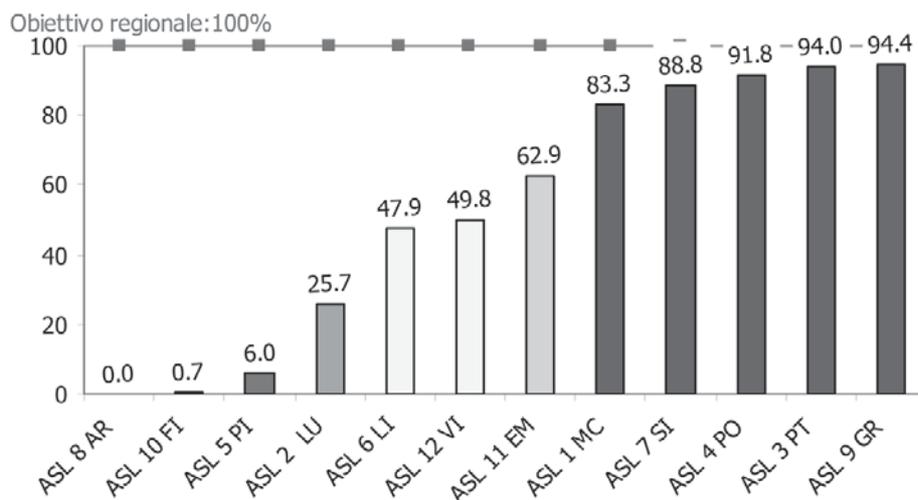


FIG. 15. La valutazione dell'estensione agli screening coloretali, 2004-2006





La media regionale dell'estensione è di circa il 65%. 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 2006 è passata al 70,2%.

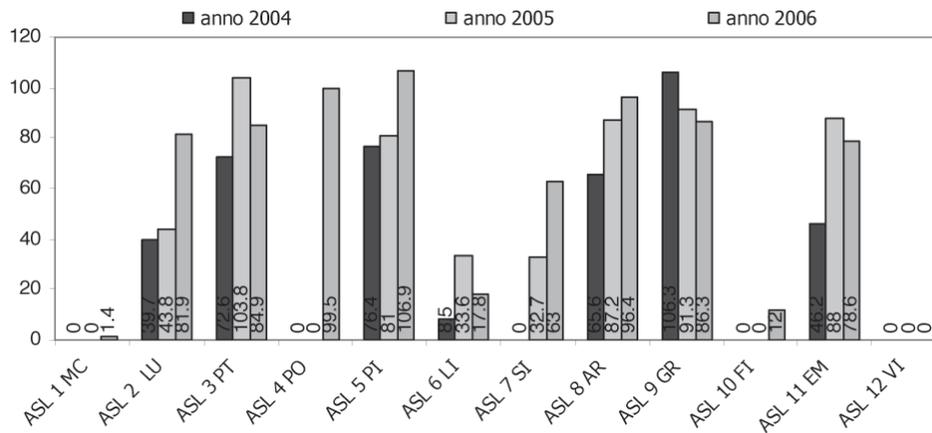


FIG. 16. Il trend per l'estensione agli screening coloretali, 2004-06

La partecipazione media regionale al programma è stata del 49% per l'anno 2006, simile a quella del 2004 (50,4%). Le performance aziendali sono leggermente in diminuzione rispetto agli anni precedenti: nessuna Azienda riesce a raggiungere l'obiettivo fissato al 70%.

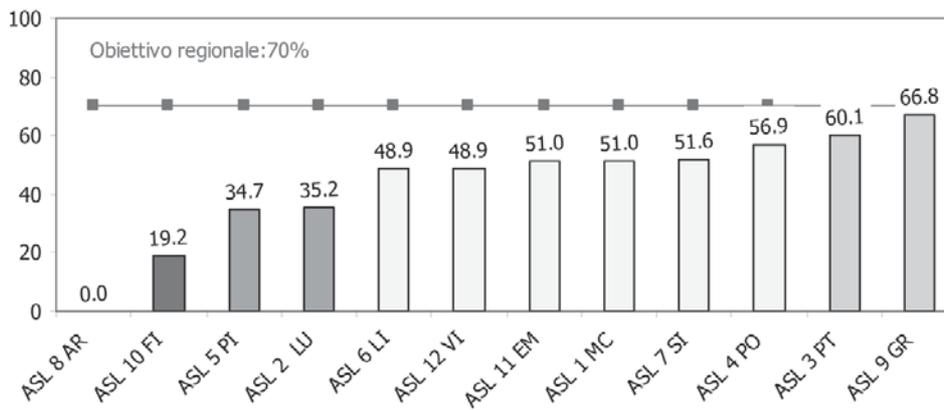


FIG. 17. La valutazione dell'adesione agli screening coloretale, 2006





Tra il 2004 ed il 2006 non si evidenziano sostanziali differenze nel trend delle aziende. Se nel 2004 l'adesione media regionale era del 53%, nel 2006 è stata del 49%.

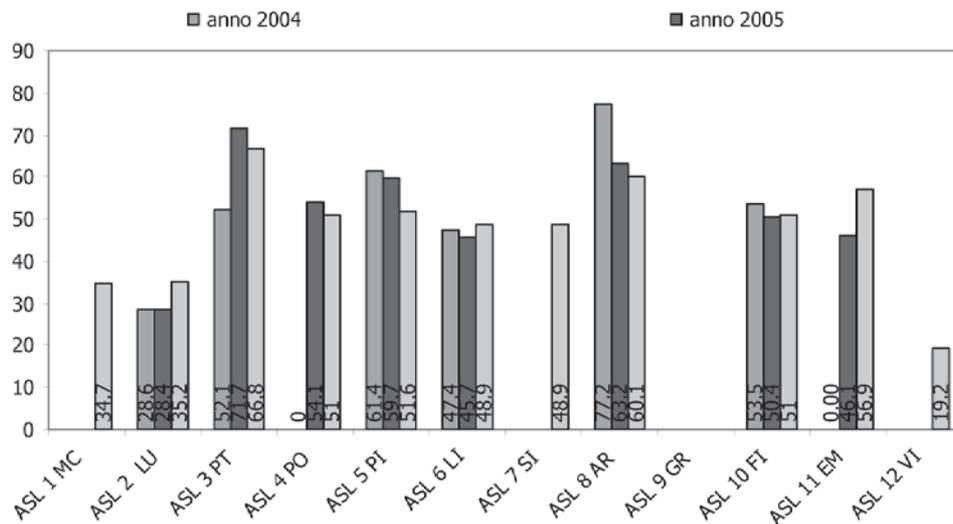


FIG. 18. Il trend per l'adesione agli screening coloretali, 2004-06



3.6. La Copertura Vaccinale



Le malattie infettive rappresentano ancora oggi per i paesi del terzo mondo la più importante causa di morte per il genere umano. La crescente importanza delle malattie cronico-degenerative, malattie cardio-vascolari, tumori, ecc., che si è evidenziata nel corso del XX secolo nelle nazioni più sviluppate, è connessa all'allungamento della vita media, conseguito grazie alla lotta contro le malattie infettive un tempo mortali [Bonanni *et al.* 2002].

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. I dati elaborati provengono dal Settore di Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana.

A differenza del sistema di misurazione della *Health Commission* citato in precedenza, che mantiene separati i due indicatori, l'indicatore sviluppato nel sistema di valutazione





toscana è composto da entrambe le coperture vaccinali, e la valutazione deriva dalla media delle valutazioni dei due sottoindicatori, come mostra il relativo albero che segue.

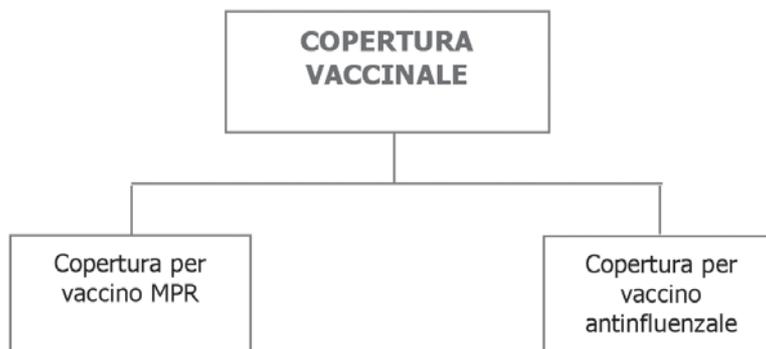


FIG. 19. L'albero di valutazione della copertura vaccinale

La valutazione delle performance si basa sugli obiettivi di copertura fissati dalla Regione. A livello regionale la valutazione della copertura vaccinale è buona, con un punteggio medio di 3,21.

3.7. Il vaccino per MPR

Le vaccinazioni infantili si sono dimostrate una delle misure preventive più efficaci nel ridurre le malattie e la mortalità infantile. In circa due terzi dei paesi OECD si è ottenuta una copertura di oltre il 95% di vaccinazioni contro differite, tetano e pertosse, ovvero il livello indispensabile per assicurare l'immunizzazione generale della popolazione. Per il morbillo, circa la metà dei paesi dichiara lo stesso livello di copertura.

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 2006 la media regionale di copertura di tale vaccino è stata di circa il 91,34%.

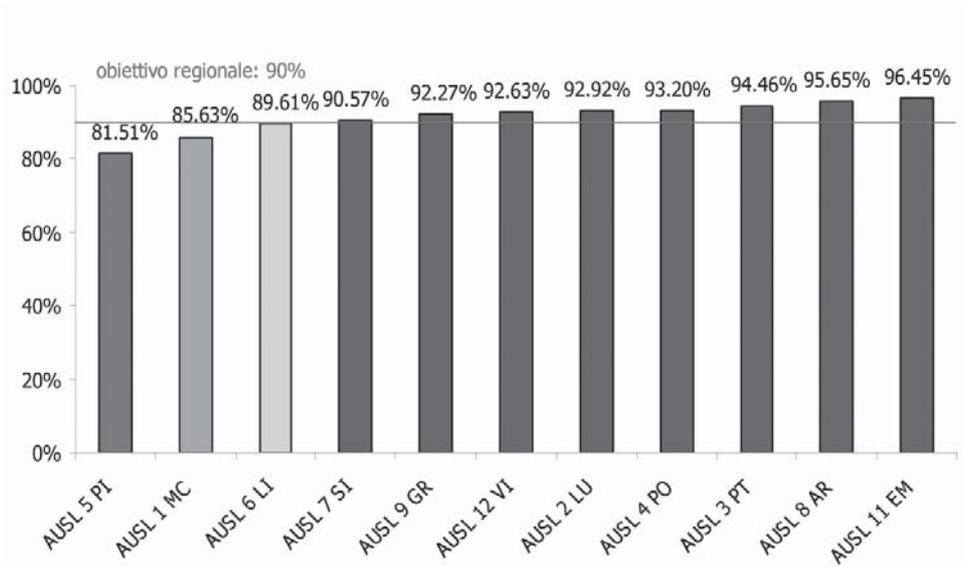


FIG. 20. La valutazione della copertura vaccinale per MPR, 2006



3.8. Il vaccino antinfluenzale



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 incide soprattutto nella popolazione anziana, rappresentando la terza causa di morte per malattie infettive, immediatamente dopo AIDS e tubercolosi. Il principale strumento per combattere l'influenza è la vaccinazione. La vaccinazione contro l'influenza, per gli anziani è una pratica sempre più estesa per prevenire il rischio di complicanze risultanti a malattie, ospedalizzazioni e morte. Nel 2003 il livello di vaccinazione contro l'influenza nella popolazione anziana era di oltre il 60% nella maggior parte dei paesi, ad eccezione di Germania e Giappone, con solo il 50% della popolazione vaccinata. In Italia, il vaccino antinfluenzale si riceve gratuitamente dal proprio medico di famiglia o dal centro vaccinale della



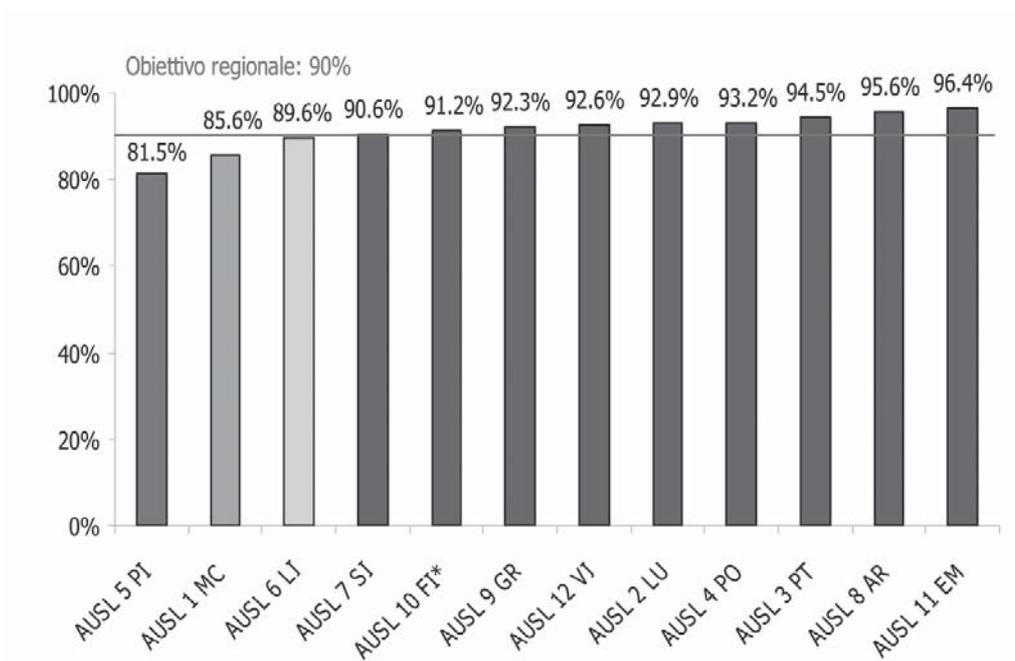


FIG. 21. Trend 2005/06 della copertura vaccinale MPR

* i dati si riferiscono alle zone Firenze, S.E., Mugello della Ausl10 (72% del target aziendale)



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. 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 eterogenea: soltanto tre aziende sanitarie riescono a raggiungere una copertura maggiore del 75%.



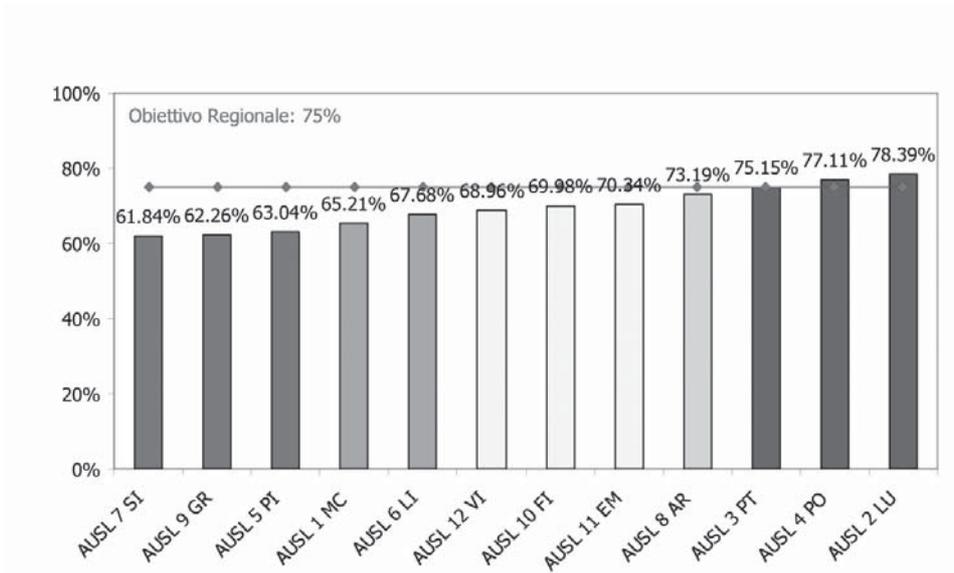


FIG. 22. La valutazione della copertura vaccinale anti-influenzale, 2006

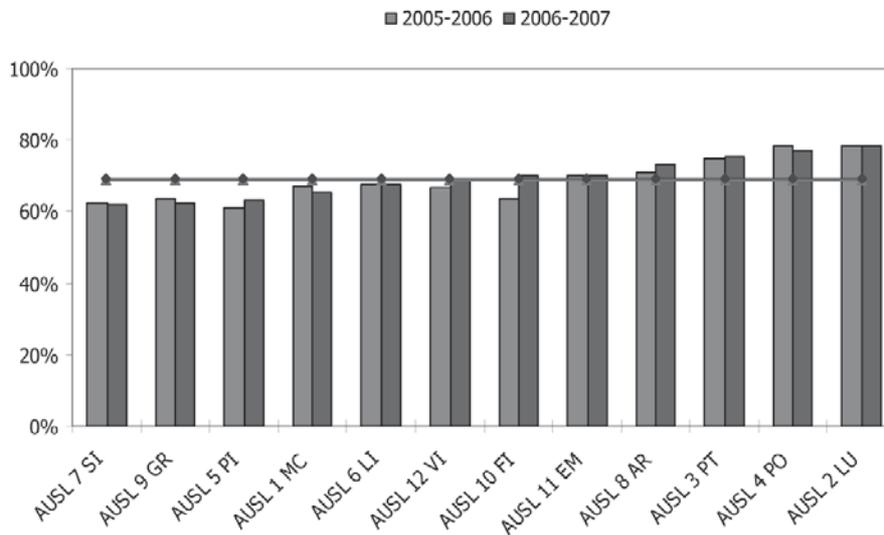


FIG. 23. Trend 2005-06 della copertura vaccinale anti-influenzale





4. *La valutazione dell'equità ed accesso ai servizi sanitari (Sara Barsanti)*

4.1. *Introduzione*

In Italia il primo Piano Sanitario Nazionale fissava gli obiettivi del Sistema Sanitario Nazionale per il triennio 1994-1996 e mostrava di aver recepito le linee di orientamento per la riduzione – entro l'anno 2000 – delle disuguaglianze in salute prefissati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità agli inizi degli anni Ottanta. L'assistenza sanitaria organizzata in modo gratuito ed universalistico, però, non sembra sufficiente a garantire un equo accesso a cure tempestive, appropriate ed efficaci, se non è espressamente orientata a porre attenzione particolare e differenziale alle persone ed ai gruppi socialmente più vulnerabili. Per perseguire gli obiettivi di equità a livello di sistema, è necessario che questi siano declinati a livello aziendale nelle azioni che tutti gli operatori svolgono quotidianamente, modificando i comportamenti e le priorità di riferimento.

Perseguire l'equità in salute può essere definito come l'agire al fine di eliminare le disuguaglianze in salute tra gruppi di popolazione con differenti condizioni socioeconomiche, ad esempio tra più ricchi e meno ricchi [Braveman 2003]. Margaret Whitehead [1992], in particolare, definisce l'equità nella salute come l'assenza di disuguaglianze che possono essere considerate «unfair, in just and avoidable». In altre parole le semplici differenze nello stato di salute si trasformano in iniquità (disuguaglianze) quando:

- non si presentano in maniera casuale, ma mostrano una distribuzione uniforme tra la popolazione, ovvero presentano una natura sistematica – ad esempio più si scende nella classe sociale più aumentano mortalità e morbilità;
- sono prodotte da processi sociali e non da fattori biologici, ovvero hanno una produzione sociale – si veda





come modello di riferimento la teoria dei determinanti sociali in salute di Marmot;

- sono considerate da tutta la popolazione inique e lesive del comune senso della giustizia [Maciocco 2006].

In particolare l'OMS (2000) distingue due aspetti legati all'equità nella salute:

- l'equità nello stato di salute, che comporta, per tutti i cittadini, il più alto livello possibile di benessere fisico, psicofisico e sociale;
- l'equità nelle cure, che comprende un uguale accesso ed utilizzo ai servizi a fronte di uguali bisogni e un'uguale qualità dell'assistenza per tutti.

Diviene rilevante, quindi, il concetto di bisogno sanitario e la necessità di garantire da una parte il suo soddisfacimento, senza discriminazioni derivanti dalle possibilità economiche o da altre caratteristiche degli individui – si pensi ad esempio al livello di istruzione – e, dall'altra, un'uguale accessibilità ed uniformità di prestazioni e servizi sanitari, tale da non generare o incrementare squilibri sociali e/o territoriali. Qual è il ruolo dei servizi sanitari nel determinare le disuguaglianze di accesso ai servizi stessi? Già nel 1971 J. Hart aveva coniato la legge dell'assistenza inversa: «La disponibilità dei servizi sanitari di qualità varia inversamente con il bisogno di essi nella popolazione servita». L'equità nell'erogazione dei servizi sanitari dovrebbe garantire livelli elevati di reale accesso, qualità e accettabilità dei servizi per tutti. Un accesso reale richiede, quindi, sforzi per eliminare le barriere e gli ostacoli, finanziari, geografici, fisici o logistici, ma anche linguistici, culturali o di istruzione. Misurare il reale accesso ai servizi costituisce l'unica via possibile per conoscere gli effetti di possibili fattori che possono agire da barriere all'ingresso.

L'equità nell'assistenza sanitaria si realizza grazie a [Whitehead 1992]:

- un uguale accesso all'assistenza disponibile per uguale bisogno;





- un uguale utilizzazione per uguale bisogno;
- un uguale qualità di assistenza per tutti.

In particolare, il primo punto implica il diritto di tutti ad accedere ai servizi disponibili, l'equa distribuzione per tutto il paese in base ai bisogni di assistenza sanitaria, la facilità di accesso in tutte le aree geografiche e la rimozione delle altre barriere all'accesso. Esempi di iniquità di accesso in questa direzione possono verificarsi quando le persone sono allontanate o impossibilitate ad usufruire dei servizi a causa di caratteristiche socio-economiche, come il reddito, l'età, la religione, l'istruzione o altri fattori non direttamente collegati al bisogno di assistenza sanitaria. Gli ospedali possono avere orari poco comodi, per esempio, rendendo, di fatto, il servizio disponibile solo per alcuni.

In Italia, in particolar modo, esistono ancora problemi di accesso reale ai servizi, soprattutto nei casi in cui la complicazione burocratica del sistema impedisce di godere, in assenza di una raccomandazione o di un accompagnatore, di una prestazione tempestiva e di buona qualità [Costa 1994]. Una persona provvista di istruzione superiore tende a ricorrere più frequentemente a quei servizi specialistici ambulatoriali dove certamente l'azione di cura e prevenzione è più mirata, più forte e per definizione anche più efficace [Ronco *et al.* 1991; Donato *et al.* 1991]. Viceversa, colui che dispone di minore ricchezza culturale viene più facilmente a contatto col servizio sanitario attraverso il medico di base, e pertanto avrà meno occasioni di fruire di interventi specialistici. Cislighi [1994], revisionando i dati italiani di morbosità e uso dei servizi secondo il reddito, ricavabili dall'indagine ISTAT sullo stato di salute 1986/87, fornisce indizi a sostegno di una condizione di sovra-equità per alcune prestazioni sanitarie, come l'assistenza di base e quella ospedaliera, mentre le cure specialistiche, anche quelle pubbliche, sarebbero meno consumate da soggetti con basso reddito. Ancora V. Mapelli [1992], in un'indagine campionaria di USL di diverse regioni, evidenzia svantaggi sociali nella capacità di superare barriere organizzative all'accesso ai servizi, come pure nella libertà di scelta dei luoghi e degli erogatori delle cure.





Garantire l'equità di accesso ai servizi sanitari è tra gli obiettivi fondamentali dei sistemi sanitari europei; ma non tutti gli individui con gli stessi bisogni sanitari ricevono le stesse cure, e sembra che ci siano delle violazioni – in termini sia di qualità che di quantità – che sono associate sistematicamente con fattori socio-economici.

Una recente ricerca dell'OCSE (2006) ha evidenziato come nei paesi sviluppati, nonostante la distribuzione dei medici nella popolazione non sia diseguale, a parità di bisogni, individui con redditi più alti tendono ad avere un maggior numero di visite specialistiche rispetto a quelli con redditi più bassi. Tale scenario si verifica anche in paesi quali la Svezia e la Finlandia, a testimonianza del fatto che dove le politiche sanitarie sono di base eque, nella popolazione possono esistere differenze nella fruizione e nella destinazione dei servizi. I fattori sociali che possono determinare queste disuguaglianze sono rappresentati dal reddito, ma anche dai livelli di istruzione e occupazione, dall'area di residenza geografica, dal possesso o meno di determinati beni.

A livello internazionale, infatti [WHO 2000; OECD 2001; NHS 1999; Australia 1999; Canada 1999], aspetti come l'equità e l'accesso nei servizi sanitari sono obiettivi che devono essere misurati e monitorati al fine di valutare l'efficacia complessiva del sistema sanitario.

In particolare l'OECD (2001) ha elaborato un sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari, prevedendo le seguenti dimensioni:

1. lo stato di salute della popolazione;
2. l'offerta dei servizi di salute e l'accesso agli stessi;
3. la spesa sanitaria ed il sistema di finanziamento.

Ciascuna dimensione prevede, a sua volta, alcuni indicatori di riferimento, calcolati sia come media nazionale, sia come distribuzione all'interno della popolazione di riferimento. La misura della distribuzione tra la popolazione delle tre dimensioni elencate, rappresenta secondo l'OECD, il livello di equità di accesso del sistema sanitario, come espresso nella figura di Murray, che segue.



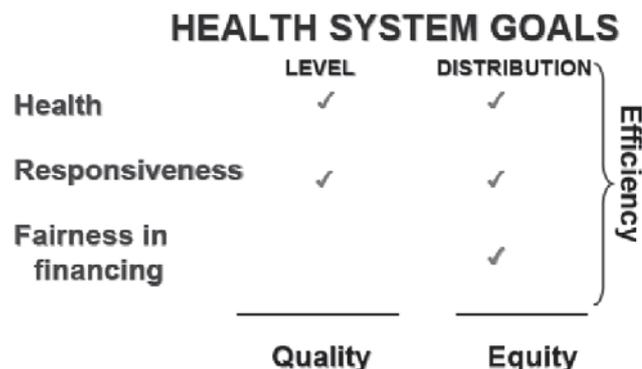


FIG. 24. Gli obiettivi dei sistemi sanitari secondo la visione dell'OECD

Il Sistema Sanitario Inglese (NHS) dedica da sempre particolare enfasi al tema dell'equità di accesso ai servizi. Tra le varie dimensioni valutate infatti, si colloca anche il *fair access*, inteso come la valutazione dell'accesso ai servizi in maniera giusta e uguale per tutti, indipendentemente dalle caratteristiche socio-economiche dei pazienti. In particolare, si elencano di seguito alcuni indicatori che sono presi come riferimento all'interno di tale dimensione:

- tempi di attesa;
- interventi su fratture d'anca e cataratta su popolazione con età maggiore di 65 anni;
- adulti che si sono registrati al NHS per ricevere cure dentarie;
- bambini che si sono registrati al NHS per ricevere cure dentarie;
- percentuale di popolazione rispetto alla popolazione target che ha effettuato screening mammografici o per cervice uterina.

Oltre a tali indicatori, sono poi stati sviluppati alcuni indici sintetici di equità in salute come ad esempio il *Local Basket of Indicators* [London Health Observatory: www.lho.uk] e l'*Health Poverty Index* [University of Oxford e South East Public Health Observatory: www.hpi.org.uk].

Lo scopo principale di tali indicatori è quello di monitorare la capacità di miglioramento che le istituzioni ed i





servizi sanitari hanno per la riduzione delle disuguaglianze in salute e per evidenziare eventuali contesti su cui implementare azioni ed obiettivi futuri, sia a livello nazionale, che regionale e locale.

In particolare, il *Local Basket of indicators* considera sia indicatori di *outcome* di salute, sia indicatori sui possibili interventi e sui determinanti stessi di salute. Da sottolineare che ogni autorità sanitaria locale può scegliere di calcolare i propri indicatori, selezionandoli dal cestino degli indicatori, per evidenziare situazioni particolari a livello locale. Anche il sistema di valutazione canadese prevede alcune misure specifiche di accessibilità al sistema, come ad esempio l'uso dei servizi di prevenzione, le liste di attesa per provincia, la distanza media percorsa dai paziente per arrivare in ospedale, studi mirati su chi ha accesso a particolari tipi di cure sanitarie.

Il sistema di valutazione delle performance sanitarie degli Stati Uniti, sviluppato dalla *Commonwealth Fund Commission*, prevede specifiche valutazioni per l'accesso al sistema ed ai servizi da esso offerti in relazione alle caratteristiche dei pazienti. In particolare, per l'accesso sono considerati indicatori come la percentuale di adulti e bambini sprovvisti di un'assicurazione sanitaria, la percentuale di adulti visitati da un dottore negli ultimi due anni, la percentuale di adulti che hanno deciso di non effettuare una visita medica a causa degli alti costi monetari. Per quanto riguarda l'equità, invece, si considerano le disuguaglianze tra gruppi di popolazioni differenti per etnia, razza, reddito e altre caratteristiche socio-economiche rispetto all'accesso ad alcuni servizi sanitari.

4.2. *Metologia di analisi*

Con queste premesse, la misura dell'equità di accesso ai servizi e alle prestazioni è stata inclusa nel 2006 nel sistema di valutazione della performance, con lo scopo di evidenziare eventuali spazi di miglioramento nel perseguire l'obiettivo di diminuzione delle disuguaglianze nell'erogazione dei servizi,





con particolare attenzione alla fase di accesso. 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 del servizio» (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. Si tratta, cioè, di evidenziare agli operatori i risvolti e l'impatto che le azioni svolte hanno avuto in termini di equità ed accesso per potenziare la loro sensibilità al tema e di ri-orientare l'azione in questa prospettiva.

L'indicatore B9 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 socio-economiche dei pazienti. Data la mancanza, nei principali flussi informativi regionali, di informazioni riguardanti il livello socio-economico dei pazienti¹⁷, l'indicatore è stato sviluppato a partire dai risultati di indagini telefoniche campionarie di soddisfazione dell'utenza, condotte nel 2005/2006 dal Laboratorio MeS e Regione Toscana, su un campione statisticamente rappresentativo a livello aziendale e regionale¹⁸.

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.

¹⁷ Dal 2007 stato inserito il titolo di studio del paziente nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO) come campo obbligatorio.

¹⁸ Per ulteriori dettagli sulle modalità delle indagini si veda il capitolo dedicato alla valutazione esterna.





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 – ripetuta per l'anno 2007*), 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*).

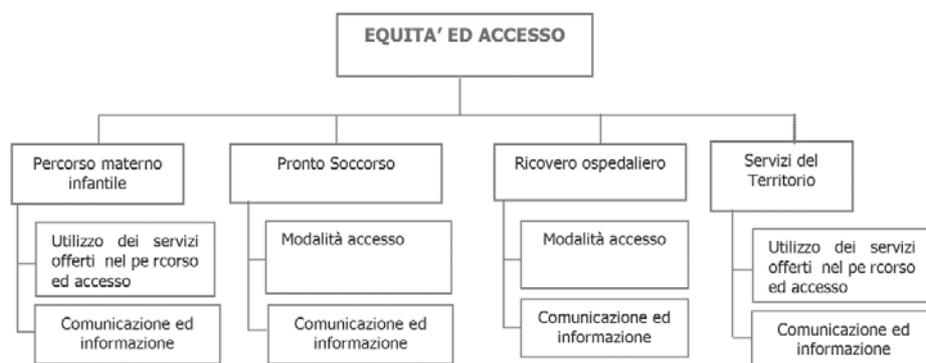


FIG. 25. L'albero di valutazione per l'equità e l'accesso ai servizi e percorsi assistenziali

Ciascun punto di accesso, successivamente, è stato analizzato in base ad 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 il principio di equità, ovvero considerando la distribuzione del titolo di studio dei pazienti ai fini della valutazione della performance. Se nella valutazione dell'accesso si è tenuto conto soltanto della per-





centuale di pazienti che hanno usufruito del servizio, avendo come obiettivo la più alta percentuale di utilizzo, nella valutazione di equità si è invece tenuto conto di chi, secondo il titolo di studio, ha effettivamente e realmente usufruito del servizio. In particolare, obiettivo della valutazione dell'equità del servizio è stato quello di evidenziare eventuali differenziali di accesso tra gruppi di pazienti con livello di istruzione differenti. Una performance negativa è stata valutata quando il differenziale di accesso tra gruppi di popolazione con livelli di studio differenti ha superato il 50%. Tale percentuale rimane comunque soggettiva e può essere cambiata a seconda del contesto sociale ed economico di riferimento. A livello regionale la valutazione si attesta su valori medi. Per ciascun punto di accesso, riportiamo alcuni risultati principali sia a livello aziendale, che a livello regionale.

4.3. 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 della bibliografia scientifica 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 raggiungere 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%.



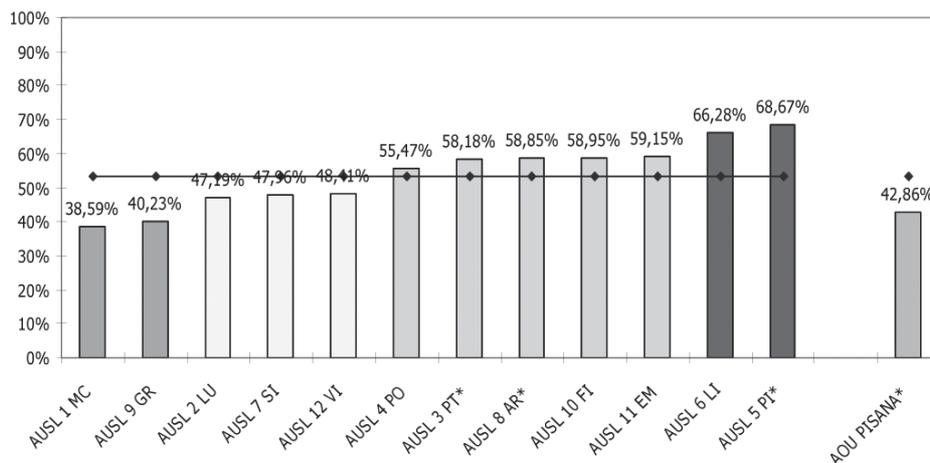


FIG. 26. La valutazione dell'accesso al corso di preparazione alla nascita, 2005

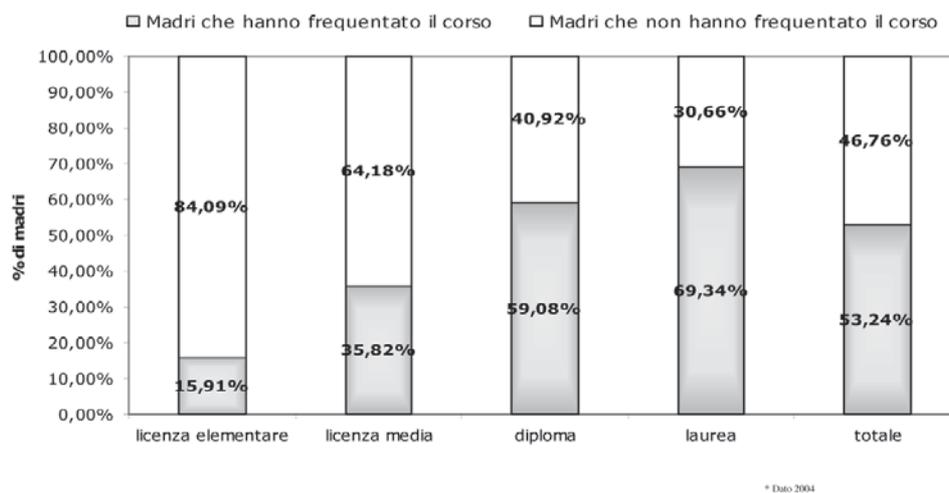


FIG. 27. La distribuzione secondo il titolo di studio delle madri al corso di preparazione alla nascita in Regione Toscana, 2005

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, mentre tale percentuale sale al 69% per le madri laureate. Si può ipotizzare, quindi, che il servizio (corso di preparazione alla nascita) non sia erogato equamente tra le madri. 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].

4.4. 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 istruzioni 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.

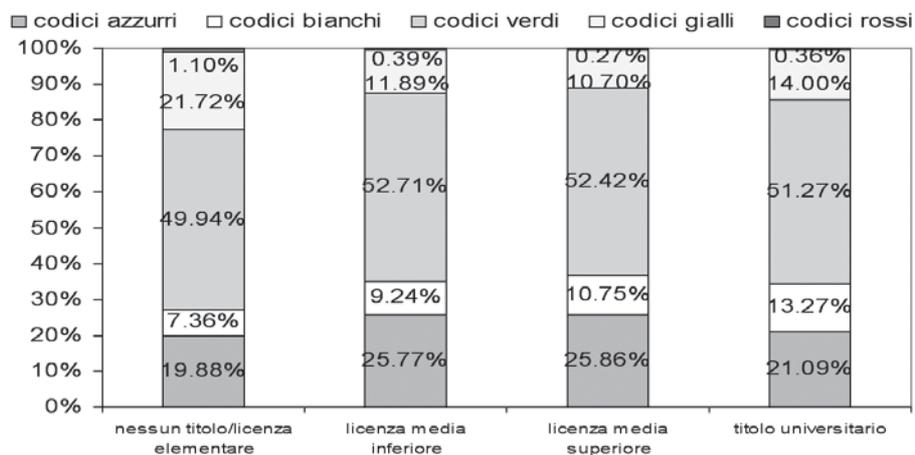


FIG. 28. La distribuzione dei codici assegnati al triage secondo il titolo di studio dei pazienti in Regione Toscana, 2006



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%.

Codice colore dichiarato dall'utente
durante l'intervista

Codice colore vero (da sistema informativo aziendale)	Codice colore dichiarato dall'utente durante l'intervista					
	Rosso	Giallo	Verde	Azzurro	Bianco	Non so/non mi è stato comunicato
Rosso	40,63	3,13	3,13	3,13	0	50
Giallo	9,35	26,15	5,21	0,71	0,59	57,99
Verde	2,05	5,49	29,56	2,22	2,84	57,84
Azzurro	0,87	2,24	7,64	27,25	9,73	52,27
Bianco	0,54	1,61	7,5	6,96	34,11	49,29

FIG. 29. Coincidenza tra codice colore dichiarato nell'intervista e codice assegnato al triage, 2006

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 con il 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.

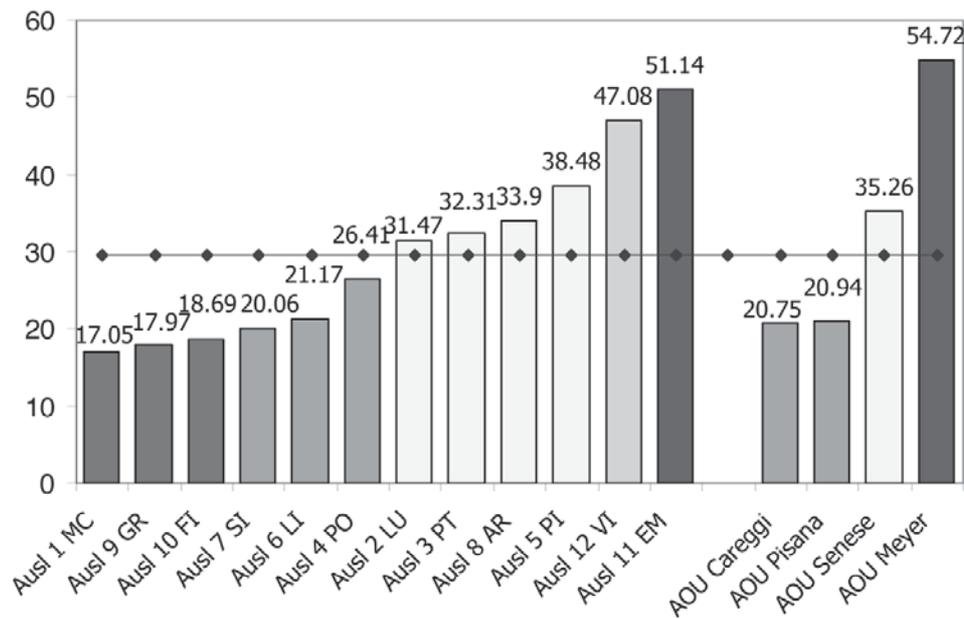


FIG. 30. La valutazione della conoscenza del codice colore assegnato al triage, 2006

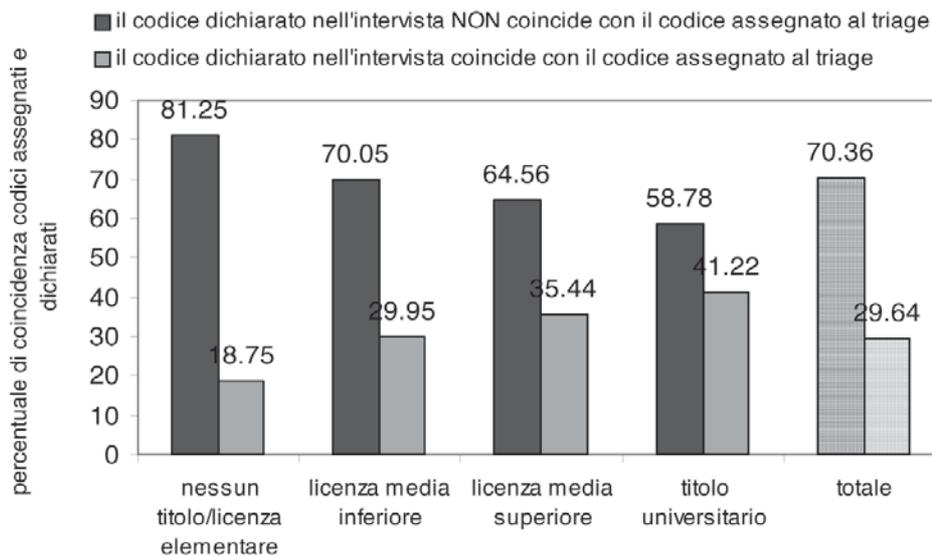


FIG. 31. Distribuzione della coincidenza dei codici colori per titolo di studio del paziente in Regione Toscana, 2006

4.5. Modalità di accesso: il ricovero ospedaliero ordinario

Un ricovero ospedaliero può essere o un ricovero programmato, oppure di urgenza, ovvero tramite il Pronto Soc-



corso. Un ricovero programmato è preceduto solitamente da una diagnosi, una presa in carico da parte di uno specialista, ed una conseguente assistenza tempestiva ed appropriata. Un ricovero in urgenza, invece, escludendo i ricoveri per incidente, può rappresentare un caso di mancata o parziale assistenza tempestiva da parte sia del medico di famiglia, sia dell'eventuale medico specialista – nel caso ad esempio di malati cronici. Dai risultati dell'intervista sono emerse forti differenze nella modalità di accesso al ricovero ospedaliero in base ai titoli di studio del paziente.

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%.

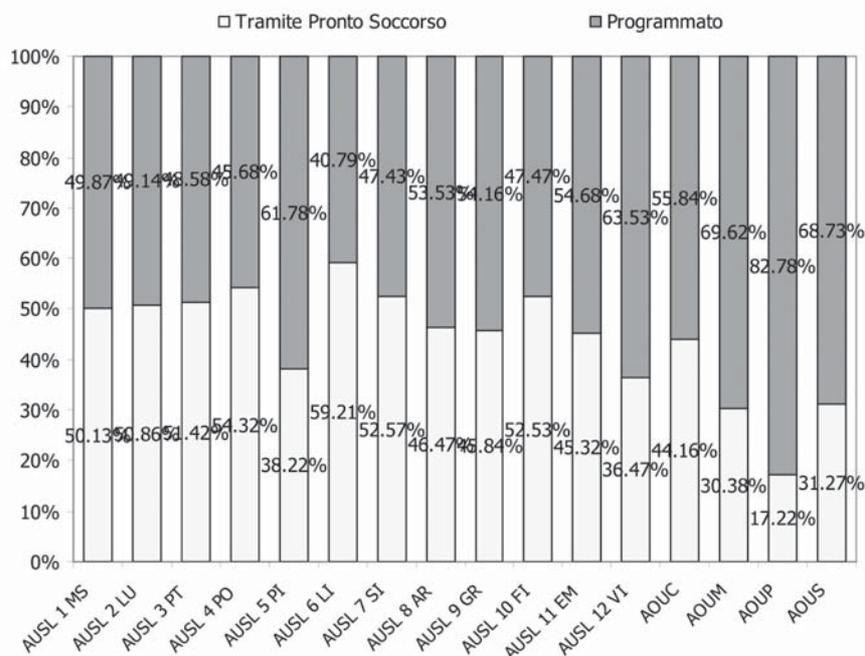


FIG. 32. L'accesso al ricovero per Azienda sanitaria, 2006

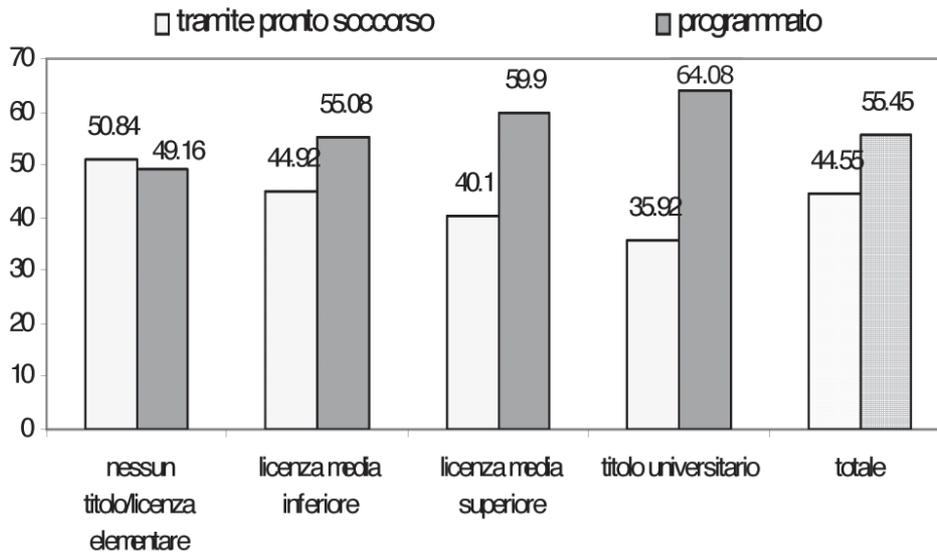


FIG. 33. Distribuzione dell'accesso al ricovero ospedaliero per titolo di studio dei pazienti Regione Toscana, 2006

4.6. Gli indicatori di equità per il management

I risultati mostrano come, anche in un sistema sanitario pubblico, esistano disuguaglianze nell'accesso ai servizi e come il Sistema Toscano abbia ampi margini di miglioramento in termini di equità. Una volta sopraggiunta la malattia, l'accesso alle cure non è sempre uguale per tutti i pazienti. Anche se i servizi offerti dal nostro sistema sanitario sono gratuiti, distanze, orari, disorganizzazione, code, tempi di attesa, possono costituire barriere insormontabili per alcune persone. Ancora il reddito, l'istruzione, la classe sociale ed il tipo di professione possono creare altre difficoltà e svantaggiare i più poveri o i più fragili. Soltanto chi può pagare o ha le informazioni giuste trova sempre un'uscita dal servizio pubblico [Mapelli 2007]. Per un sistema sanitario equo è necessario potenziare e dettagliare l'informazione: l'inserimento di tali misure nel sistema di valutazione, infatti, 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 integrative e proattive per evitare disuguaglianze nell'accesso, in modo che anche i gruppi di utenti più svantaggiati per reddito: livello di istruzione





siano in grado di usufruire dei benefici derivanti dalle azioni stesse. Le disuguaglianze sociali possono e devono diventare criteri di programmazione dei servizi sanitari. Tale approccio, infatti, aiuta il sistema sanitario a superare il modello di una sanità che offre servizi e che non si preoccupa che questi siano in particolare erogati a chi ne ha più bisogno, per procedere verso un sistema capace di iniziativa, in grado di segmentare l'offerta in base ai bisogni differenziali dei cittadini.

5. *La valutazione delle strategie per la partecipazione e centralità del paziente*

5.1. *Introduzione (Sara Barsanti)*

Il punto di vista del paziente all'interno del processo di valutazione dei servizi sanitari comprendere tre diversi elementi [Wensing 2003]:

1. le preferenze, ossia le valutazioni che i pazienti fanno su come dovrebbe essere l'assistenza sanitaria, con particolare riferimento ai trattamenti clinici;
2. le valutazioni, ossia le reazioni dei pazienti alle proprie esperienze, ovvero soddisfazione, giudizi, ecc.;
3. i report, ovvero le osservazioni oggettive che i pazienti hanno sull'organizzazione e sui processi, indipendentemente dalle loro preferenze e valutazioni.

In questo paragrafo si legano al tema della centralità e partecipazione del paziente osservazioni oggettive, secondo lo schema del report, riguardanti in particolar modo l'organizzazione ed il coordinamento del percorso di ricovero ospedaliero (indicatore B10) e la misurazione del dolore durante la permanenza in Pronto Soccorso e durante il ricovero ospedaliero (indicatore B4). Le opinioni dei pazienti devono essere raccolte, infatti, non solo con il fine di migliorare la soddisfazione vera e propria ma anche con l'obiettivo di implementare processi





di miglioramento della qualità oggettiva dei servizi stessi e per sviluppare nuove strategie di azione sanitaria.

Secondo il Piano Sanitario Nazionale 2005-2008, il Servizio Sanitario Nazionale deve garantire la partecipazione dei cittadini quale vero e proprio strumento di pratica democratica esercitata dalla comunità che finanzia un servizio destinato a soddisfare i suoi stessi bisogni di tutela della salute. La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità descrive la rispondenza alle aspettative del paziente/cittadino – cliniche e non –, come uno dei fondamentali traguardi che i sistemi sanitari devono raggiungere. Tale rispondenza, intesa come soddisfazione dei bisogni, si esplica in due macro aspetti: il rispetto della persona e l'orientamento verso il cliente. Se il primo aspetto include valutazioni più soggettive, il secondo comprende valutazioni più oggettive. «I servizi sanitari debbono accertare le aspettative e le priorità dei pazienti, coinvolgere i pazienti nei proprio piani di cura ed assistenza ed utilizzare, nel rispetto dei diritti e delle libertà individuali, l'approccio della decisione condivisa, richiedere il loro feedback, anche sui servizi offerti ed avviare conseguenti processi di miglioramento» [PSN 05-08]. L'innovazione più importante è forse rappresentata dalla concreta possibilità di rendere la partecipazione del paziente non solo come un oggetto di misurazione, ma anche una risorsa aggiuntiva a quelle tradizionalmente preposte all'analisi della qualità e allo stesso tempo, in coerenza con il concetto di centralità del paziente, un vero e proprio investimento nella qualità dei servizi e del sistema [Vasselli 2005].

5.2. Strategie per il controllo del dolore

(Linda Marcacci, Anna Maria Murante, Carmen Calabrese)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità [WHO 2000] definisce la salute non solo come l'assenza di malattie o infermità, ma come condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale. Indubbiamente uno dei fattori che incide profondamente sulla qualità della vita di un paziente è il dolore.





Il Piano Sanitario Regionale 2005-2007, nel progetto speciale regionale per il controllo e la cura del dolore, dichiara che «non provare dolore inutile è un diritto di ogni cittadino» e individua obiettivi specifici per migliorare la gestione del dolore sia a livello ospedaliero che a livello territoriale. Tra i principali obiettivi posti dalla Regione c'è la valutazione del dolore nei reparti, compreso il Pronto Soccorso, mediante misurazioni sistematiche, l'aumento del consumo di farmaci oppioidi¹⁹ e l'attuazione di programmi di formazione/informazione per accrescere la consapevolezza di questo diritto fondamentale negli operatori sanitari e nei cittadini.

L'indicatore B4 risponde dunque alla necessità di verificare l'attuazione di alcuni degli indirizzi programmatici regionali contenuti nel PSR 2005-2007 in materia di controllo del dolore e si struttura come la sintesi della valutazione assegnata alle aziende per il consumo di farmaci oppioidi e per il livello di soddisfazione espresso dagli utenti del Pronto Soccorso e del servizio di ricovero ospedaliero ordinario.

La scelta di strutturare in questo modo l'indicatore, alimentandolo sia con dati oggettivi come il consumo di farmaci, sia con dati soggettivi relativi alla soddisfazione dei pazienti, intende sottolineare proprio l'assoluta centralità che si è voluto dare al paziente rispetto a questa delicata tematica.

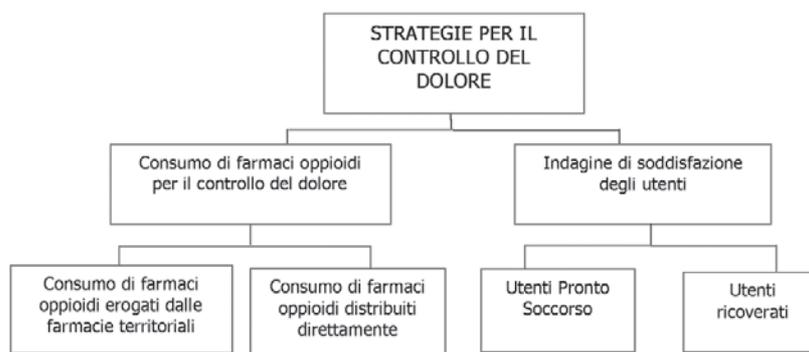


FIG. 34. L'albero di valutazione delle strategie per il controllo del dolore

¹⁹ 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.





In generale la performance media delle AUSL toscane relativa alle strategie per il controllo del dolore si presenta abbastanza positiva – risultato raggiunto soprattutto grazie al ramo dell'indicatore legato alle indagini di soddisfazione e specialmente quella realizzata sugli utenti ricoverati.

Consumo di farmaci oppioidi

L'OMS indica il consumo di morfina pro-capite come un indicatore primario della qualità della terapia del dolore e purtroppo, come noto, in questo senso l'Italia si colloca tra gli ultimi posti rispetto agli altri paesi europei. Nonostante il dato medio regionale sia migliore rispetto a quello nazionale, resta comunque ancora molto lontano dagli standard europei.

L'indicatore misura il consumo di oppioidi (espresso in DDD per 1.000 ab.) erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale; confrontando i dati degli anni 2005-2006 si registra una risposta positiva agli indirizzi programmatici regionali, seppure non omogenea, evidenziata da un aumento del consumo medio regionale di questa categoria di farmaci.

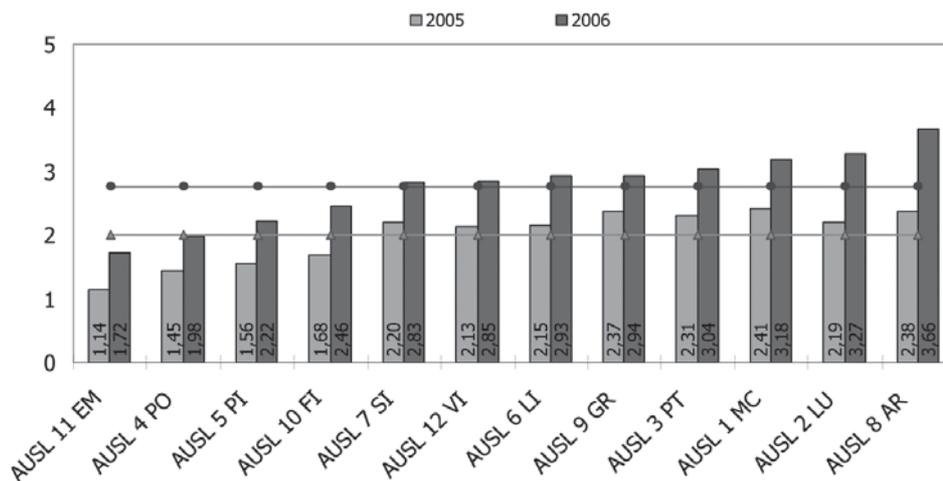


FIG. 35. Il trend del consumo di farmaci oppioidi, 2005-06





Il controllo del dolore attraverso le indagini di soddisfazione: i pazienti dei Pronto Soccorso e i pazienti ricoverati

La soglia del dolore è un dato soggettivo che varia a seconda della persona. Per comprendere e trattare il dolore di ognuno in modo adeguato è indispensabile dare l'opportunità al singolo paziente di comunicare la propria percezione. Ascoltare la voce del paziente e cercare la sua collaborazione diventa quindi fondamentale per poter intraprendere le scelte terapeutiche più opportune, perché solo chi prova dolore è in grado di sapere come si sente. Gli operatori sanitari devono perciò interrogare i pazienti, chieder loro se provano dolore e tener conto delle risposte per la gestione del dolore.

Nel corso delle indagini di soddisfazione condotte tra i pazienti del Pronto Soccorso e dei reparti ospedalieri della regione Toscana²⁰, si è voluto verificare se il personale di queste strutture dedica la giusta attenzione alla gestione del dolore e soprattutto quale percezione ne hanno i pazienti.

I risultati raccolti sono stati utilizzati per completare l'indicatore B4 ed avere una fotografia completa di quanto le aziende sanitarie toscane fanno per perseguire la strategia di controllo del dolore.

Agli utenti del Pronto Soccorso che dichiaravano di provare dolore è stato chiesto di valutare l'attenzione dedicata loro dal personale sanitario per cercare di controllarlo/attenuarlo: dai dati emerge un peggioramento rispetto agli anni precedenti ed una situazione piuttosto preoccupante se si considera che oltre il 20% degli intervistati risulta essere poco o per nulla soddisfatto e il 15,2% soddisfatto solo in parte.

Ai pazienti dei reparti ospedalieri toscani è stato, invece, domandato se il personale sanitario ha chiesto loro 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

²⁰ Cfr. parte IV cap. 6.





■ Totalmente soddisfatto ■ Poco soddisfatto
 ■ Molto soddisfatto ■ Per nulla soddisfatto
 □ Così così

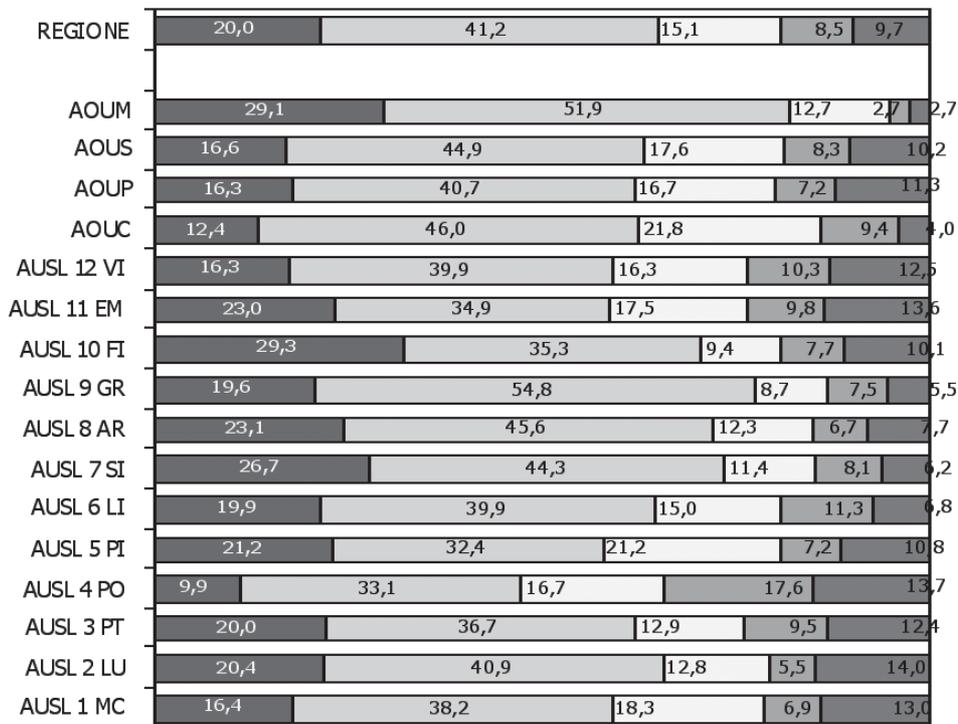


FIG. 36. Come valuta l'attenzione a lei dedicata dal personale sanitario per cercare di controllare/attenuare il dolore?

dati rilevano sicuramente un'attenzione degli operatori al problema, ma non sempre tale attenzione è sufficiente se in alcune aziende la percentuale di pazienti che hanno risposto *qualche volta e mai* supera il 20%.

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





5.3. *L'organizzazione del percorso assistenziale nel ricovero ospedaliero (Anna Maria Murante)*

Negli ultimi anni buona parte dei servizi sanitari, nazionali e internazionali, sta promuovendo grandi trasformazioni nell'organizzazione dei servizi di cura al fine di costruire per i singoli pazienti percorsi assistenziali dedicati. Tali percorsi sono disegnati di volta in volta partendo dai reali bisogni di assistenza: il paziente viene posto al centro dell'intero processo di erogazione ed è seguito da un team multidisciplinare in tutte le fasi della malattia. L'obiettivo che muove questi cambiamenti è la creazione di un vero e proprio *sistema*, capace di dare risposta al bisogno di salute del cittadino nei tempi e nei modi necessari, assicurando il perseguimento di outcome clinici in assoluta coerenza con i principi di efficacia ed efficienza a cui le aziende sanitarie devono rispondere²¹.

Anche l'attività di ricovero è coinvolta in questo processo di trasformazione e l'erogazione delle cure ospedaliere è inserita in un percorso assistenziale complesso che vede coinvolto, oltre all'ospedale, anche il territorio.

Perché il percorso nel suo complesso funzioni come un sistema coordinato e integrato, è fondamentale che tutti i soggetti coinvolti nell'erogazione delle prestazioni ospedaliere e territoriali collaborino tra loro. Non dovrebbe dunque mai accadere che il paziente non sia informato sui tempi e sulle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, né che riceva informazioni discordanti dagli operatori sanitari con cui interagisce. Se il percorso funziona, il paziente percepisce che esiste comunicazione tra tutti i soggetti coinvolti nel processo di cura e sente di essere stato preso in carico dal sistema. Sono queste le condizioni essenziali perché si instauri un rapporto di fiducia tra utente e servizio [Gerteis *et al.* 2002].

Nel Sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane, nella dimensione dedicata al perse-

²¹ Si veda la definizione di Percorso Assistenziale secondo il Piano Sanitario Regionale al paragrafo 2.1.2 di questo stesso capitolo.





guimento delle strategie regionali, è presente un indicatore, il *B10-Organizzazione del percorso assistenziale nel ricovero ospedaliero*, costruito per rilevare la percezione degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero relativamente all'organizzazione del servizio di ricovero – sub indicatore *B10.1-Percezione dei processi organizzativi* – e al coordinamento tra le varie figure coinvolte nel processo di erogazione – sub indicatore *B10.2-Coordinamento*.



FIG. 37. L'albero di valutazione dell'organizzazione del percorso di ricovero ospedaliero

Le valutazioni sono state assegnate partendo dai risultati dell'indagine di soddisfazione, condotta dal Laboratorio MeS nel 2006, che ha coinvolto per ciascuna Azienda territoriale ed ospedaliera un campione di utenti del servizio di ricovero ospedaliero²². Gli items utilizzati per la costruzione dell'indicatore sono riportati nel riquadro sottostante.

²² Si rimanda al Capitolo 6, Parte IV per le metodologie di indagine (par. 6.6) e per i criteri di valutazione (6.3).





Percezione dei processi organizzativi

- L'ospedale era pronto alla sua ammissione in reparto?
- Ritieni di aver avuto il tempo necessario per organizzare il tuo ritorno a casa?
- Come valuta l'organizzazione del reparto nel suo complesso?

Coordinamento

- 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?
- Ritieni 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?

FIG. 38. Items utilizzati per la costruzione dell'indicatore B10 - organizzazione del percorso assistenziale nel ricovero

Per questo indicatore si è ritenuto opportuno prendere in esame soltanto le esperienze non totalmente positive: maggiore è la percentuale di pazienti insoddisfatti e peggiore sarà la valutazione della performance. Gli intervalli fissati per l'assegnazione delle valutazioni sono quelli riportati in figura.

Percentuale insoddisfatti	
0.00%	2.00%
2.00%	5.00%
5.00%	9.00%
9.00%	14.00%
14.00%	20.00%

FIG. 39. Le fasce di valutazione per gli insoddisfatti del percorso di ricovero ospedaliero

Considerando dunque solo i casi in cui i pazienti giudicano il sistema efficace solo in parte o per niente, come mostrano le figure 40 e 41, comunque l'organizzazione del processo di erogazione del servizio ottiene a livello regionale una valutazione buona: i pazienti sono contenti dell'organizzazione del servizio, soprattutto nella fase delle dimissioni, mentre sono meno soddisfatti dell'ammissione/accoglienza in reparto, soprattutto se i pazienti non avevano programmato il ricovero ma avevano avuto accesso al reparto dal Pronto Soccorso.



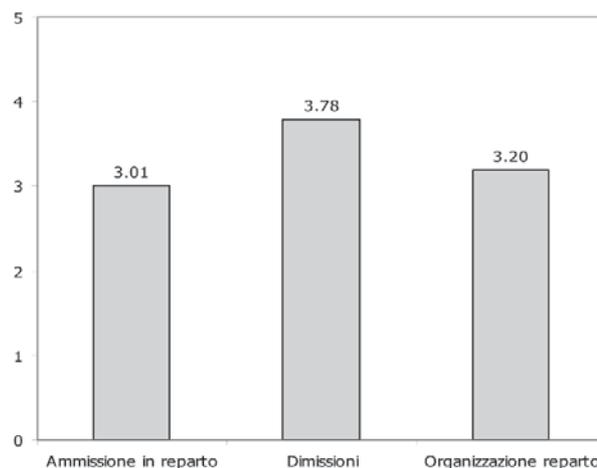


FIG. 40. Valutazioni assegnate ai singoli items del sub indicatore B10.1 – Percezione dei processi organizzativi

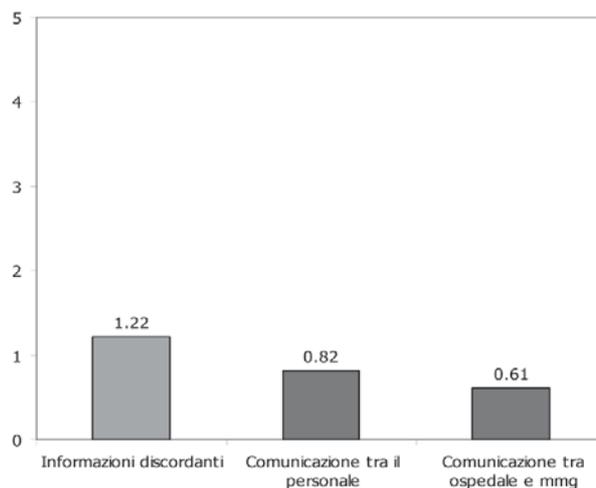


FIG. 41. Valutazioni assegnate ai singoli items del sub indicatore B10.2 – Coordinamento

Valutazioni negative sono, invece, assegnate allo staff dell'ospedale, che secondo l'esperienza dei pazienti manca di coordinamento: non solo ravvisano una scarsa comunicazione tra i vari operatori, ma segnalano anche di aver ricevuto nel corso della degenza informazioni discordanti.

Sebbene le dimissioni siano ben organizzate e i pazienti siano messi nelle condizioni di poter organizzare il rientro a casa senza grosse difficoltà, spesso i pazienti avvertono una mancata integrazione tra ospedale e territorio. In media,



3 pazienti su 100 non sanno se l'ospedale ha contattato il proprio medico e per 17 pazienti su 100 non c'è stata nessuna comunicazione. La figura 42, che riporta appunto solo le frequenze relative ai casi in cui la comunicazione non c'è stata, mostra una situazione locale molto varia, con percentuali che oscillano tra il 9 e il 25%.

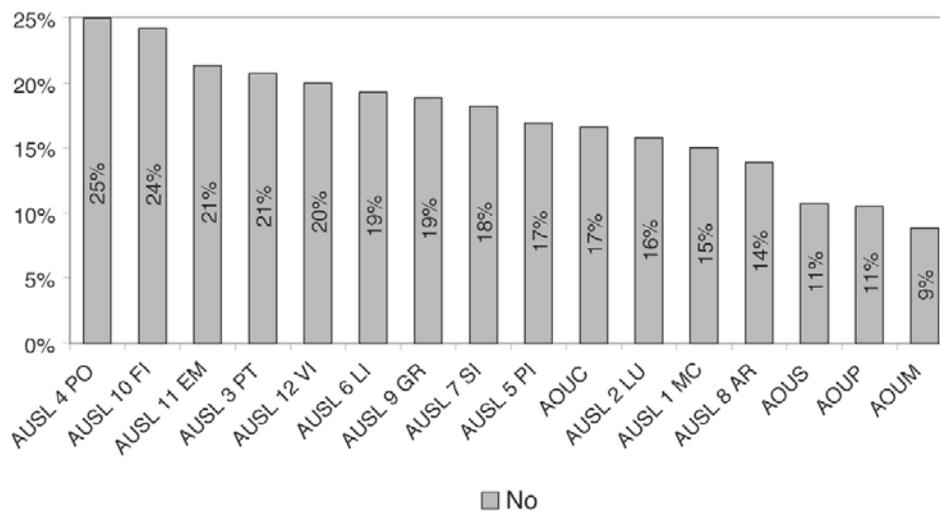


FIG. 42. Distribuzione percentuale dei pazienti che hanno risposto «No» alla domanda *Al momento delle dimissioni sono state fornite al suo medico di famiglia informazioni riguardanti il suo stato di salute e le terapie necessarie?*

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 annullare i casi in cui il percorso assistenziale, all'interno dell'ospedale e fuori da esso, 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 medici ospedalieri e medico di medicina di base. 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.



6. *La valutazione delle strategie specifiche delle Aziende Ospedaliero-Universitarie*

6.1. *Introduzione (Valentina Camerini)*

Le Aziende ospedaliere sono Ospedali di rilievo regionale o interregionale costituiti in Aziende, in considerazione delle loro particolari caratteristiche. Le Aziende ospedaliere presenti sul territorio nazionale hanno il compito di assicurare l'erogazione delle prestazioni sanitarie ai cittadini, nel rispetto delle modalità e nei regimi appropriati, attraverso l'uso efficace delle risorse a disposizione [Ministero della Salute 2007]. La missione principale delle Aziende Ospedaliere, che in Toscana sono 4 e tutte Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU), è quindi il perseguimento della qualità e dell'eccellenza nella cura delle patologie con un alto livello della qualità professionale degli operatori. Accanto a questi obiettivi ve ne sono però altri che risultano altrettanto importanti. Le Aziende Ospedaliero-Universitarie sono, infatti, strutture in cui l'esercizio dell'attività assistenziale vive in stretta relazione con lo sviluppo della cultura scientifica e dell'innovazione tecnologica. In base a quanto stabilito dal Decreto Legislativo n. 517/1999, che regola i rapporti tra Servizio Sanitario e Università, le Aziende Ospedaliero-Universitarie svolgono una parte importante dell'attività formativa delle professioni medico-sanitarie e della ricerca scientifica, entrambe determinanti per la capacità del sistema sanitario nel fornire un livello di servizi adeguato sia sotto il profilo quantitativo sia sotto quello qualitativo [Ferretti 2004].

All'interno del sistema di valutazione, sono tre gli indicatori specifici sviluppati per le AOU, che considerano la loro natura di centri di assistenza specializzati ed ad alta complessità, la loro vocazione per la ricerca e si inseriscono in un quadro di programmazione sanitaria regionale:



- B11-Complessità della casistica: peso medio dei DRG;
- B12-Mobilità extra regionale ed extra area vasta;
- B15-Capacità attività di ricerca.

6.2. *La valutazione delle attività di ricerca (Sara Barsanti)*

«Una scienza di buona qualità è la base per una buona sanità pubblica, ma la sfida che abbiamo di fronte è la traduzione della migliore scienza in politiche pubbliche» (G.H. Brundtland, ex Direttore Generale OMS). La filiera che lega nel sistema salute la ricerca, il trasferimento, i processi di innovazione e lo sviluppo delle conoscenze operative, è un fattore in grado non solo di garantire l'adeguamento costante e tempestivo del nostro sistema sanitario alle innovazioni in campo scientifico e tecnologico, ma anche in grado di favorire lo sviluppo complessivo del sistema paese quale leva maggiore sia nell'ambito dello specifico settore, sia nell'ambito dei settori correlati e dell'indotto [Piano Sanitario Nazionale 2005-2007]. Il Piano Sanitario Regionale della Toscana relativo agli anni 2005-2007 prevede un'attenta e regolata programmazione dello sviluppo dei settori della ricerca, innovazione e sperimentazione in campo sanitario. Mentre nel PSR precedente l'azione della Regione era limitata alla sola acquisizione dei finanziamenti statali, con il nuovo PSR la Regione ha da una parte approvato linee di indirizzo ed operative nel campo della ricerca, innovazione e sperimentazione, e dall'altra ha previsto una struttura organizzativa interna di supporto, costituita da Segretariato della Toscana per la Ricerca Sanitaria, Commissione per la Ricerca Sanitaria e Comitato Scientifico.

In particolare, dal lato dei finanziamenti, è stato istituito il *Fondo Regionale per la Ricerca e l'Innovazione* in ambito sanitario e socio-sanitario, che prevede per gli anni 2005-2007 una disponibilità di 24 milioni di euro complessivi, da ripartire in maniera equa nei tre anni.

Come ribadito nel PSR, un obiettivo della ricerca in campo sanitario deve essere quello di «sviluppare pro-



cessi di convergenza e sinergie tra settore pubblico ed investitori privati, favorendo la costituzione di filiere tra circuito della ricerca, circuito della produzione, circuito della formazione e sistema dei servizi afferenti al Servizio Sanitario della Toscana con particolare attenzione alla realizzazione di parchi scientifico-tecnologici e di incubatori di impresa». Le attività nel settore della sanità, in Toscana come in altre regioni italiane, possono dare luogo a *flussi moltiplicatori* e più in generale a processi di sviluppo economico territoriale.

A questo proposito possono essere necessarie specifiche azioni di monitoraggio, di policy, nonché di revisione delle prassi e delle procedure attualmente in uso in ambito sia della ricerca, sia della gestione della proprietà intellettuale. L'attuale Piano Sanitario Regionale prevede una crescita del settore *ricerca e innovazione* in tutto il servizio sanitario e nei settori ad esso correlati, a partire dalle strutture naturalmente vocate, ovvero le AOU.

Si è soliti affermare che la ricerca in sanità è di buona qualità e quantità, mentre è insufficiente il trasferimento dei risultati della ricerca alle politiche e alle pratiche correnti. I dati del Ministro della Salute relativi agli IRCCS per l'anno 2005, pubblicati dal Sole 24 Ore nel settembre 2007, rivelano infatti che tra i 41 centri, in pochi e soprattutto al Centro Nord fanno davvero ricerca ad alto livello: «pochi brevetti in mano ad una manciata di Istituti, pubblicazioni al lumicino per molti, così come l'agognato Impact factor». I brevetti realizzati sono stati 51, di cui oltre la metà appartengono a soli 3 centri, mentre 9 centri non superano 50 pubblicazioni annuali. La ricerca del Ministero sulla produzione scientifica considera inoltre altri parametri: la capacità di attrarre finanziamenti pubblici e privati, il numero di contratti stipulati per i cervelli migliori, il numero di innovazioni assistenziali, ma anche la complessità dei casi trattati (*case-mix*) e la capacità di attrazione per disciplina di riconoscimento. Il Ministero della Salute, tramite la Commissione per la ricerca sanitaria ha stabilito i criteri di valutazione per la ripartizione dei fondi di ricerca corrente. Dal 2006 i criteri e le relative quote di finanziamento sono i seguenti:





- produzione scientifica, 50%;
- produttività, capacità di attrarre risorse e trasferibilità della ricerca, 15%;
- attività assistenziale, 20%;
- promozione/adozione eccellenza assistenziale, 10%;
- attività di formazione, 5%.

Si considerano come attività di produzione scientifica le pubblicazioni scientifiche per il 40% e i lavori scientifici a ricaduta assistenziale certa o potenziale a breve/media scadenza per il restante 10% del finanziamento. All'interno del sistema di valutazione è stato sviluppato nel 2006 un indicatore (B15), limitatamente alle AOU, al fine di poter monitorare la produzione scientifica realizzata nel corso dell'anno di riferimento da tali aziende, sia in termini quantitativi che qualitativi. Tale indicatore considera tre aspetti fondamentali dell'attività di ricerca in campo sanitario ed universitario:

1. le sperimentazioni cliniche (SC);
2. le pubblicazioni in riviste scientifiche internazionali;
3. i brevetti.

Seguendo il modello di valutazione degli IRCSS, anche aspetti come il case-mix e la capacità di attrazione sono considerati all'interno del sistema di valutazione, data la loro importanza strategica sia a livello aziendale che a livello di sistema.

Riguardo la produzione scientifica delle AOU sono state considerate, ai fini della valutazione della performance, soltanto le sperimentazioni cliniche per ciascuna Azienda di riferimento. I dati sulle pubblicazioni, esposti comunque in benchmarking, invece, non sono stati valutati. 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.





FIG. 43. L'albero di valutazione della capacità di attività della ricerca

6.3. *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.

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



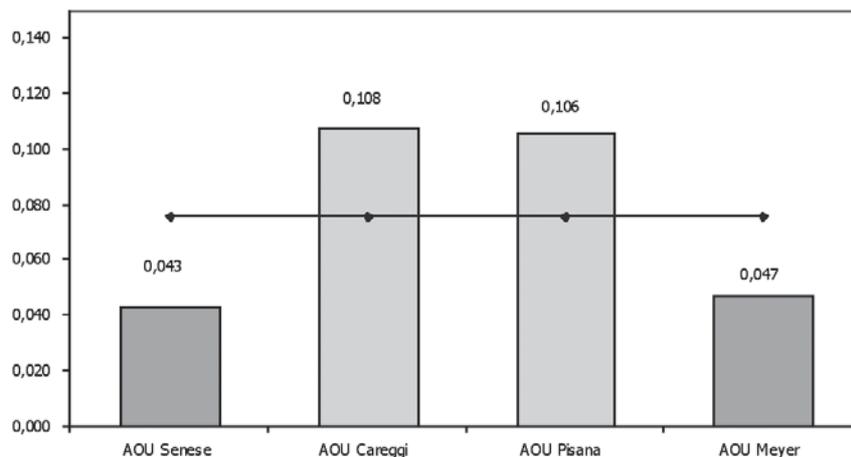


FIG. 44. La valutazione delle sperimentazioni cliniche per le AOU, 2005

Per poter confrontare le performance tra le AOU relativamente alle SC, è stato calcolato il rapporto tra SC effettuate – escluse quelle di fase I – e personale sanitario. La media regionale 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.

6.4. Le pubblicazioni

Gran parte del finanziamento che il ministero della salute assegna alla ricerca corrente è attribuito secondo la valutazione delle pubblicazioni tramite il calcolo dell'*Impact Factor* (IF). Tale calcolo deriva dalla valutazione delle pubblicazioni scientifiche del triennio precedente a quello di valutazione, tramite un processo di normalizzazione. L'*impact factor* è il rapporto tra il numero di citazioni ricevute in un certo anno da lavori pubblicati su una rivista nei due anni precedenti ed il numero di articoli che sono stati pubblicati sulla stessa rivista nello stesso periodo di tempo. In altre parole esso è l'espressione dell'impatto della rivista nella comunità scientifica: una rivista con un alto IF sarà molto





letta e quindi anche molto citata. La formula matematica dell'IF della rivista X per l'anno Y è la seguente:

$$\frac{\text{n. di citazioni che nell'anno Y hanno avuto le pubblicazioni uscite nei due anni precedenti sulla rivista X}}{\text{n. di articoli pubblicati nei due anni precedenti sulla rivista X}}$$

Ad esempio 23, per calcolare l'IF della rivista Nature nell'anno 1997,

1. Si sommano gli articoli pubblicati su Nature nel 1995 e 1996 = 1.830
2. Si sommano le citazioni pubblicate su Nature nel 1997 a quegli articoli = 50.084
3. Si divide il numero delle citazioni (1997) per il numero degli articoli (1995-1996) = $50.084 : 1.830 = 27,36$
4. 27,36 è l'impact factor di Nature nel 1997.

Tale indice consente agli autori di identificare le riviste più accreditate su cui pubblicare, avere conferma sul livello della rivista su cui hanno pubblicato in precedenza, identificare riviste rilevanti per la loro ricerca, da poter consultare periodicamente.

Per valutare e monitorare l'attività di pubblicazione delle AOU toscane, è stata impostata un'analisi sia in termini quantitativi, sia in termini qualitativi, degli articoli pubblicati in riviste, aventi diffusione internazionale, censite dal *Journal Citation Report* (JCR-Science Edition 2005) per l'anno 2005 e 2006. Il JCR è un rapporto annuale prodotto dall'Istituto di Informazione Scientifica (*Institute for Scientific Information* – ISI), società commerciale del gruppo Thomson Scientific. Attraverso tale strumento sono valutate le principali riviste internazionali di ricerca attraverso indici come l'IF. Esistono due edizioni del JCR: la *JCR Science Edition*, con dati di

²³ Esempio tratto dal seguente sito web: <http://www.bo.ismar.cnr.it>.





oltre 5.900 riviste di 174 discipline, ed il *JCR Social Science Edition*, con 1.700 riviste di 55 discipline. Per quanto riguarda ad esempio la parte medica, la categoria «Oncologia» comprende 123 riviste con IF da 0,355 a 49,794.

Partendo dal sito web del JCR, si è utilizzato come criterio della ricerca²⁴ per le pubblicazioni il cognome del dipendente delle quattro AOU: per ciascuna Azienda, infatti, sono stati considerati tutti i dirigenti, sia universitari che ospedalieri sono poi state selezionate le istituzioni di appartenenza dei dirigenti sotto cui è avvenuta la pubblicazione. 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 è stato contato una volta per ciascun dipartimento di appartenenza. Una prima analisi è stata effettuata per ogni categoria tematica attribuendo ad ogni articolo l'IF della rivista su cui esso è stato pubblicato. L'IF medio aziendale di categoria è stato poi confrontato con l'IF aggregato di categoria fornito dal JCR.

Si è scelto di utilizzare quindi un IF grezzo, con l'attribuzione dell'IF della rivista all'articolo, per riuscire a monitorare e valorizzare le pubblicazioni recenti, riferite all'anno di valutazione del sistema. Nel 2007, ad esempio, si è valutata l'attività di pubblicazione relativa all'anno 2006. È chiaro che per un articolo sono necessari diversi anni perché venga citato dalla comunità scientifica. Attribuendo l'IF della rivista all'articolo abbiamo assunto che la probabilità che l'articolo venga citato sia pari alla probabilità che la rivista in cui esso è stato pubblicato sia citata. 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

²⁴ Si ringraziano per la collaborazione al lavoro di ricerca Federico Battini e Angelo Mecca.





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

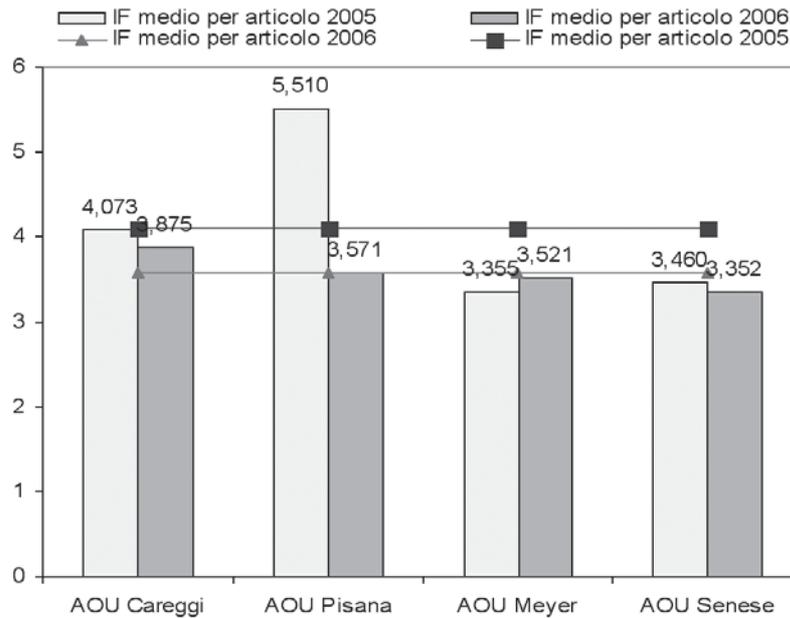


FIG. 45. IF medio per articolo, 2005/06

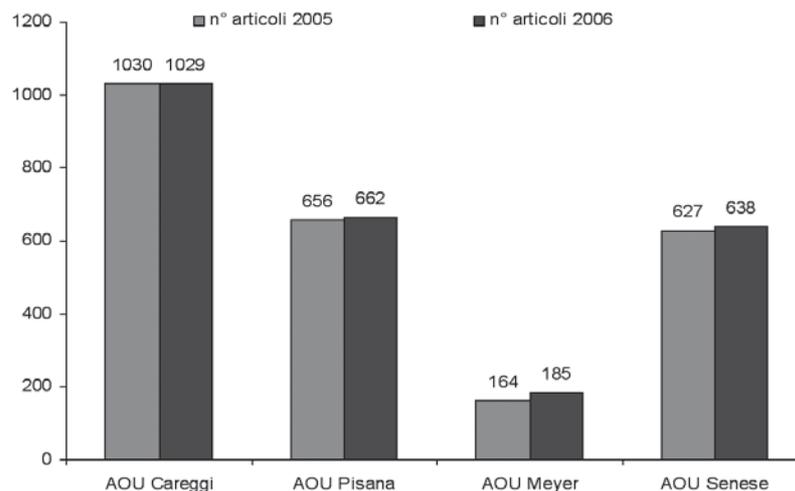


FIG. 46. Numero articoli pubblicati, 2005/06. I dati riportati sono in fase di revisione con le aziende che dovranno validare i risultati ottenuti dall'estrazione: i dati quindi sono da considerare non ancora definitivi.





pubblicazioni, sia per l'anno 2005 che per l'anno 2006.

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

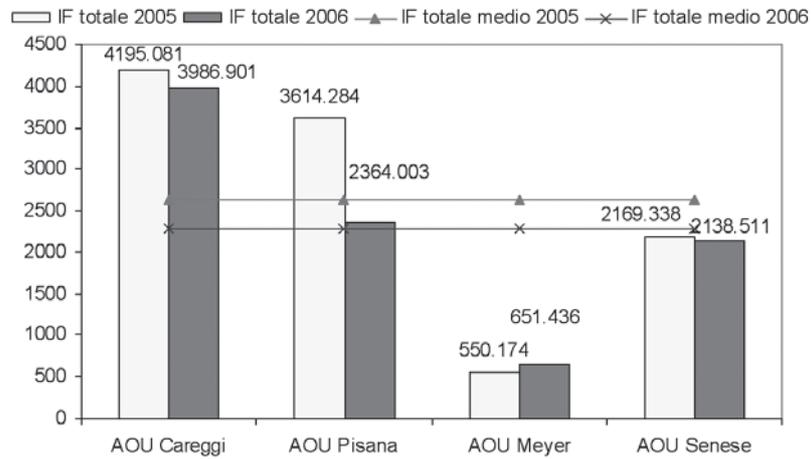


FIG. 47. IF totale, 2005/06

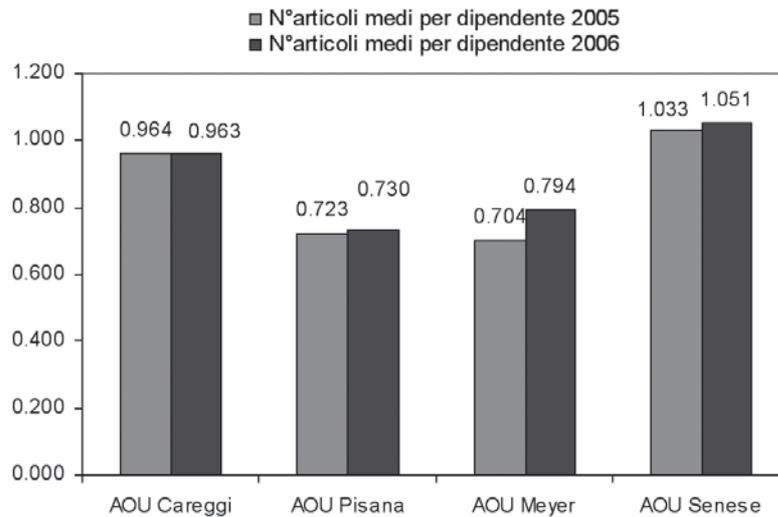


FIG. 48. Numero medio di articoli per dipendente, 2005/06

Per ciascuna delle categorie tematiche riportate dal JCR – ad esempio chirurgia, anestesia, medicina generale ed interna, ecc. –, 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 è mediamente aumentato negli anni.

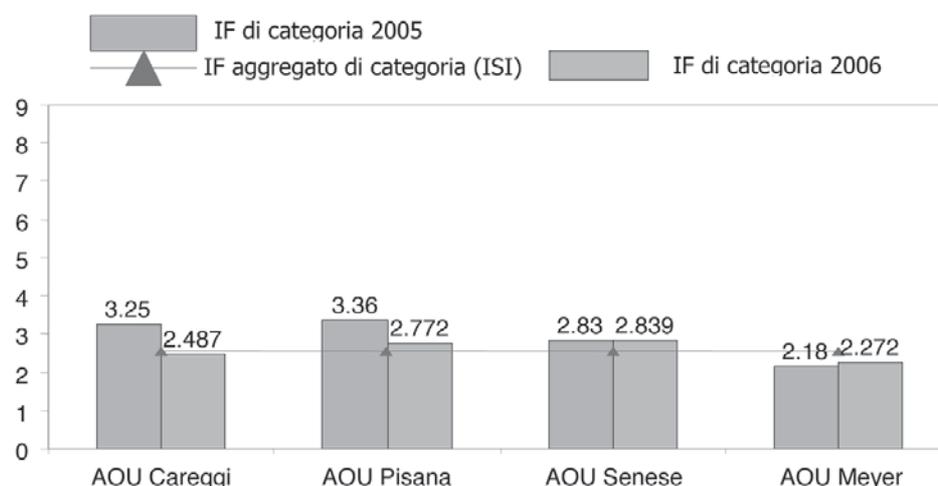


FIG. 49. IF medio per Neurologia clinica, 2005/06

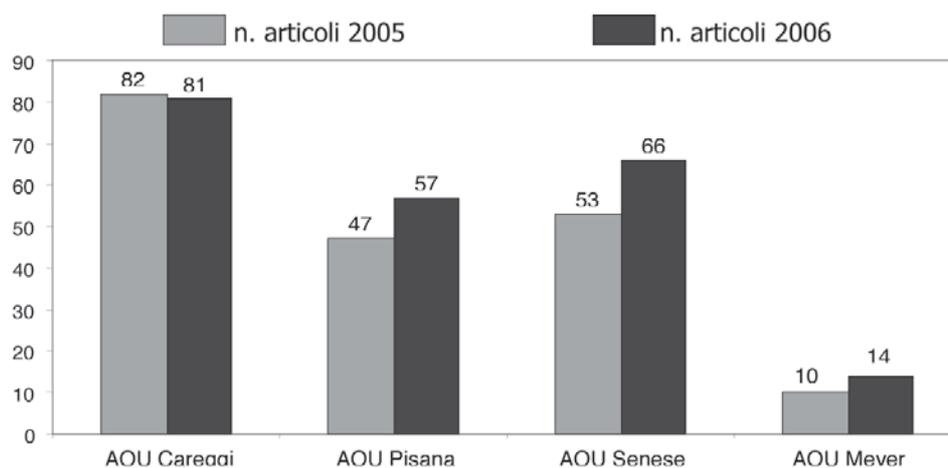


FIG. 50. numero di articoli per Neurologia clinica, 2005/06





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 (2,25), sia nell'anno 2006 (2,60); il numero di pubblicazioni, però, risulta notevolmente diminuito.

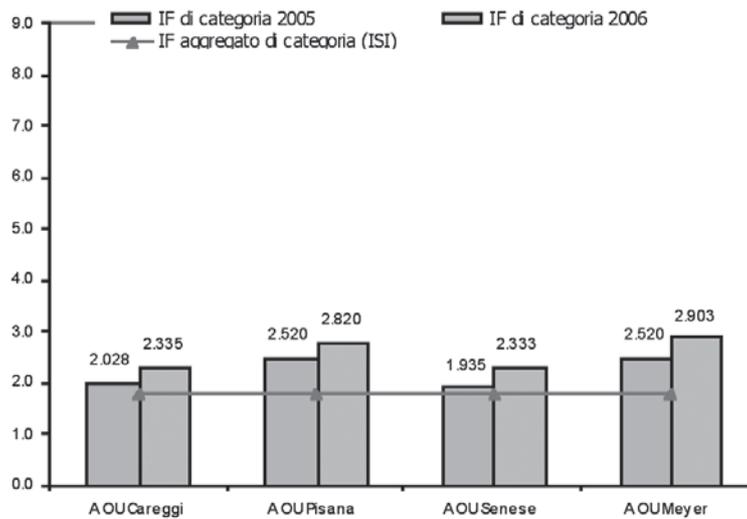


FIG. 51. IF medio per Chirurgia, 2005/06

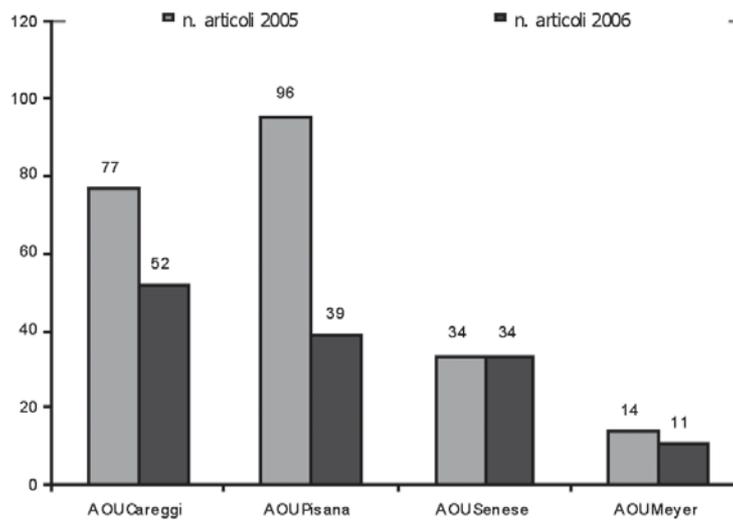


FIG. 52. Numero di articoli per Chirurgia, 2005/06





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.

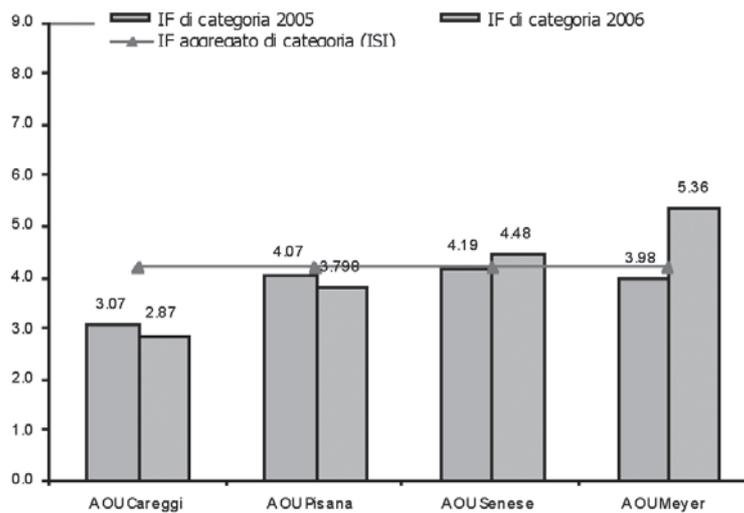


FIG. 53. IF medio per Oncologia, 2005/06

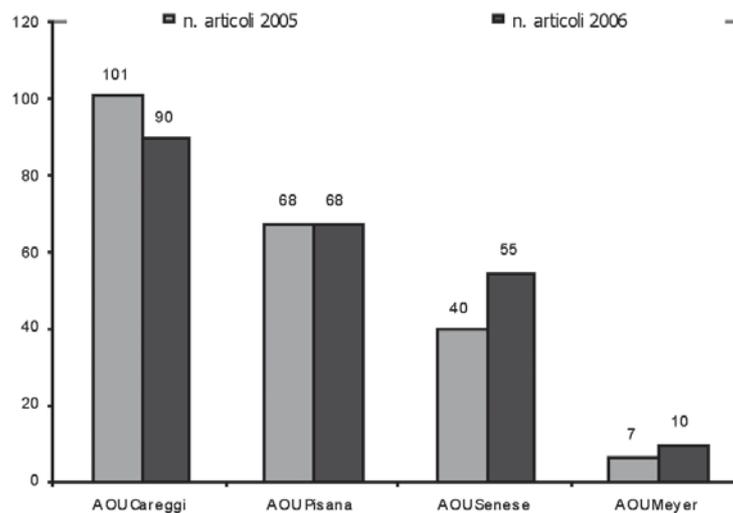


FIG. 54. Numero di articoli per Oncologia, 2005/06





La metodologia applicata nella ricerca e nel monitoraggio delle pubblicazioni non è certo priva di limiti né esaustiva e vari sono i margini di miglioramento ed ottimizzazione dell'analisi. Essa rappresenta però un passo necessario ai fini della valutazione delle attività di ricerca in campo sanitario.

L'IF non è esente infatti da critiche e limiti. La prima considerazione è che non necessariamente il numero di citazioni è legato alla qualità del giornale, ma può esserlo con la sua diffusione o con il fatto di essere pubblicato in lingua inglese: una rivista più diffusa, avrà una maggiore probabilità di essere citata, così come una molto letta nelle grandi scuole mediche, dove coloro che pubblicano avranno la naturale tendenza ad utilizzarla come riferimento. A ciò si aggiunge l'importanza della presenza delle riviste su siti internet o su grandi banche-dati, che ne rende la loro diffusione ubiquitaria e di conseguenza ne espande la possibilità di citazione. Altra questione è che non tutti i giornali sono inclusi in tale «graduatoria», mentre «virtualmente» tutti ricevono qualche citazione. Quindi è errato asserire che una rivista non ha «impact factor», mentre è corretto sostenere che non ha «impact factor calcolato dall'ISI». In ogni caso, come sostiene il suo inventore Eugene Garifeld, l'IF al momento è l'unico indicatore disponibile.

La metodologia utilizzata per la ricerca delle pubblicazioni, inoltre, comporta alcuni limiti:

- si possono verificare casi di omonimia tra gli autori;
- possono essere escluse pubblicazioni di professioni non dirigenti;
- possono essere esclusi pubblicazioni di lavori multicentrici di cui l'Azienda coordinatrice non è tra le 4 AOU Toscane.

Al fine di migliorare tale metodologia sono state coinvolte in maniera diretta le AOU Toscane sia nella condivisione dei criteri di valutazione, sia nella validazione delle pubblicazioni estratte.

L'IF medio regionale sia per l'anno 2005 (5,63) che per l'anno 2006 (5,58) supera l'IF aggregato di categoria (3,60)





per la cardiologia; il numero delle pubblicazioni diminuisce leggermente nel 2006.

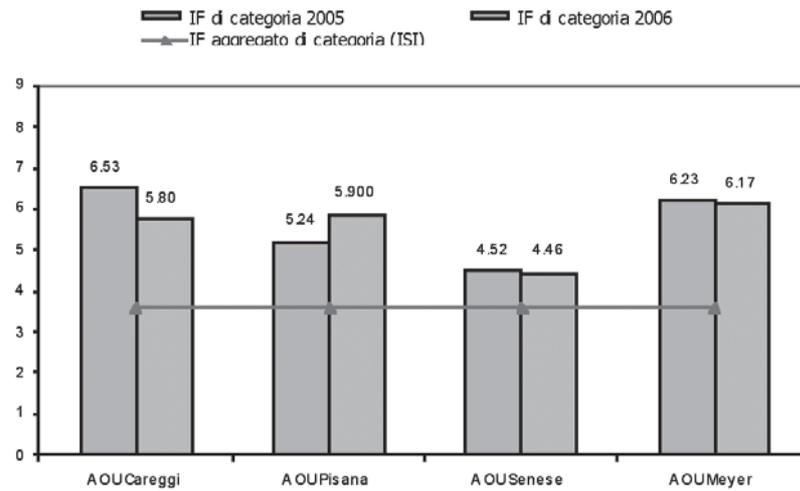


FIG. 55. IF medio per Cardiologia, 2005/06

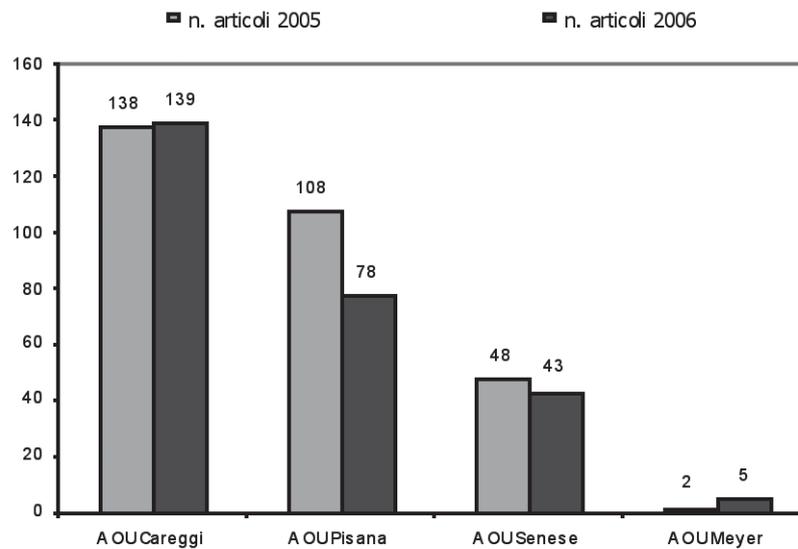


FIG. 56. Numero di articoli per Cardiologia, 2005/06



6.5. *Complessità della casistica e mobilità (Valentina Camerini)*

Coerentemente agli stretti legami con l'Università, ed in particolare con la Facoltà di Medicina e Chirurgia, le Aziende Ospedaliero-Universitarie hanno come missione il perseguimento congiunto degli obiettivi relativi alla ricerca scientifica, la didattica e l'assistenza. Tale integrazione consente di sviluppare sinergie tra l'innovazione della scienza medica ed il miglioramento dei percorsi di cura all'interno dei quali viene inserito il paziente. Poiché le Aziende Ospedaliero-Universitarie dispongono di una dotazione tecnologica tendenzialmente più sofisticata rispetto alle altre strutture di ricovero, sono in grado di offrire prestazioni altamente specializzate che rispondono a fabbisogni di salute più complessi. Per misurare la complessità della casistica (*case-mix*) trattata da ciascuna Azienda Ospedaliero-Universitaria, può essere utilizzato il sistema di classificazione dei Drg. Tale sistema, infatti, classifica i dimessi degli ospedali in gruppi di isorisorse (Drg) che contengono dei pazienti sufficientemente omogenei per complessità dell'assistenza ricevuta e per ammontare di risorse consumate. A ciascun Drg è associato un peso che esprime il grado di complessità relativo, sia in termini di costi che di impegno clinico, di ciascuna classe di pazienti. La remunerazione corrisposta per ciascun Drg è direttamente proporzionale al peso. Vengono considerati ad alta complessità i Drg con peso superiore a 2,5. A livello nazionale uno studio elaborato dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali riporta il peso medio dei DRG a livello regionale per i soli ricoveri ordinari per l'anno 2004: a fronte di una media nazionale pari a 1,29, i pesi medi più alti si registrano in Liguria ed in Toscana – rispettivamente 1,57 e 1,56 –, mentre quello più basso – pari a 1,16 – si riscontra in Sicilia. Per quanto riguarda, invece, la percentuale di ricoveri con peso DRG superiore a 2,5 sul totale dei ricoveri ordinari, la media nazionale si attesta sull'8,54%, con valori massimi intorno al 13% per regioni come la Liguria, la Toscana, il Piemonte, e valori minimo intorno al 5% per la Calabria.

Lo schema di valutazione per la complessità della casi-

stica, in cui vengono considerati soltanto i ricoveri ordinari, suddivide i DRG medici da quelli chirurgici, e per questi ultimi considera la percentuale di DRG ad alta complessità ed il peso medio, come mostra la figura seguente. 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.

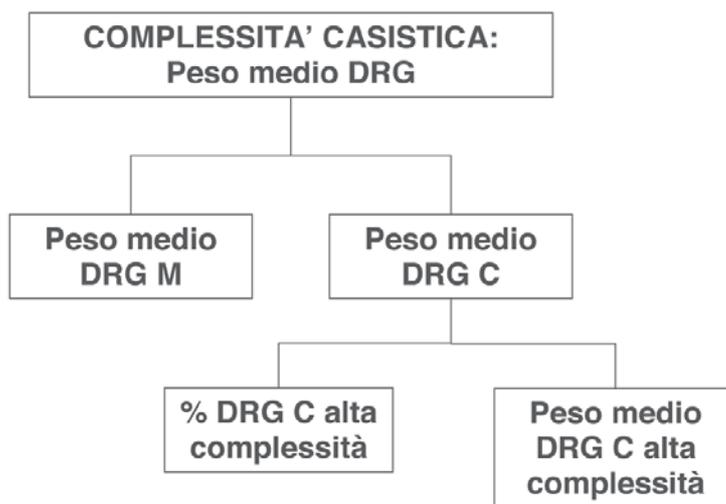


Fig. 57. L'albero di valutazione per la complessità della casistica

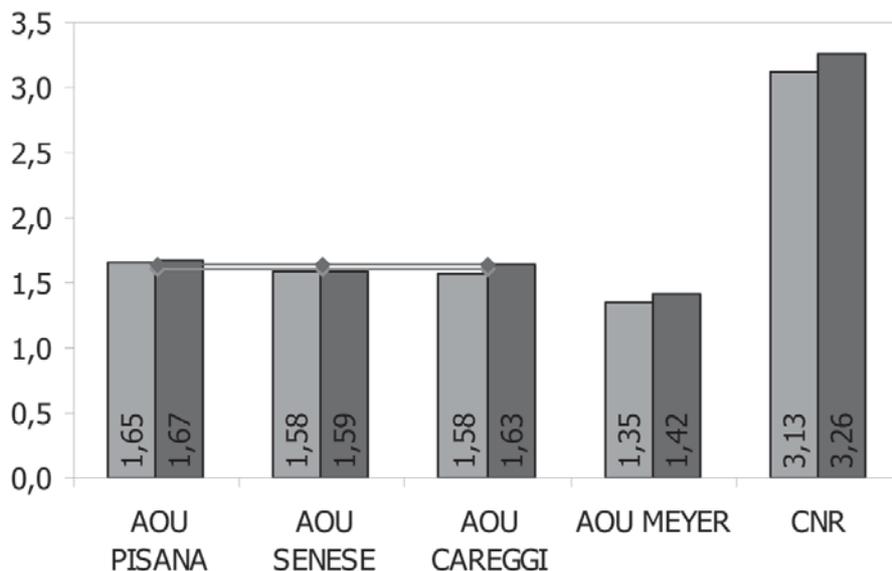


Fig. 58. Peso medio DRG ricoveri ordinari, trend 2005-06

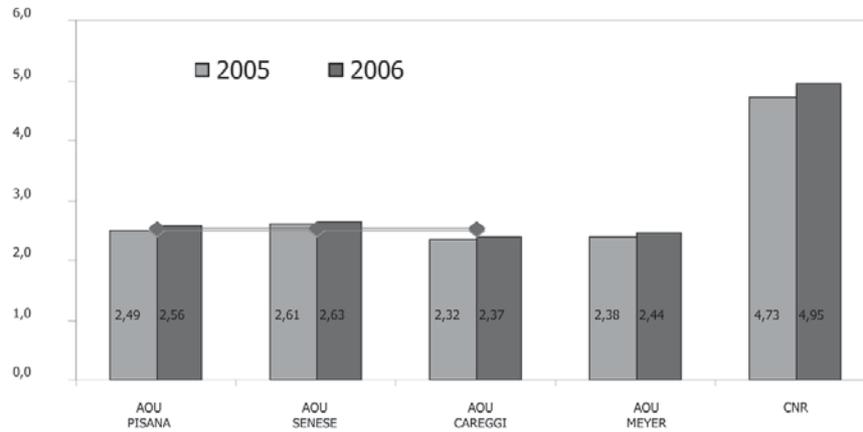


FIG. 59. Peso medio DRG chirurgici ordinari, trend 2005-06

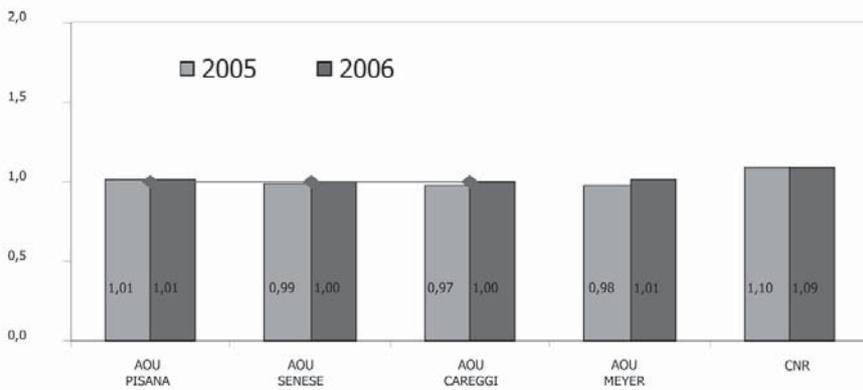


FIG. 60. Peso medio DRG Medici ordinari, trend 2005-06

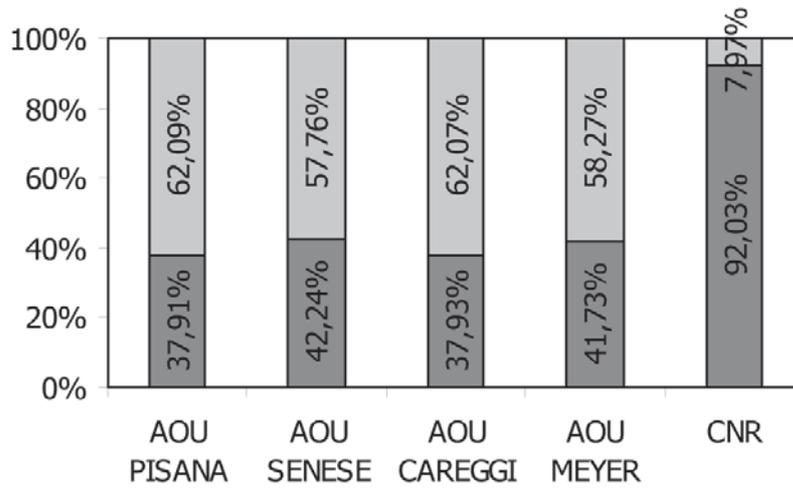


FIG. 61. Percentuale Drg chirurgici ordinari di alta e bassa complessità



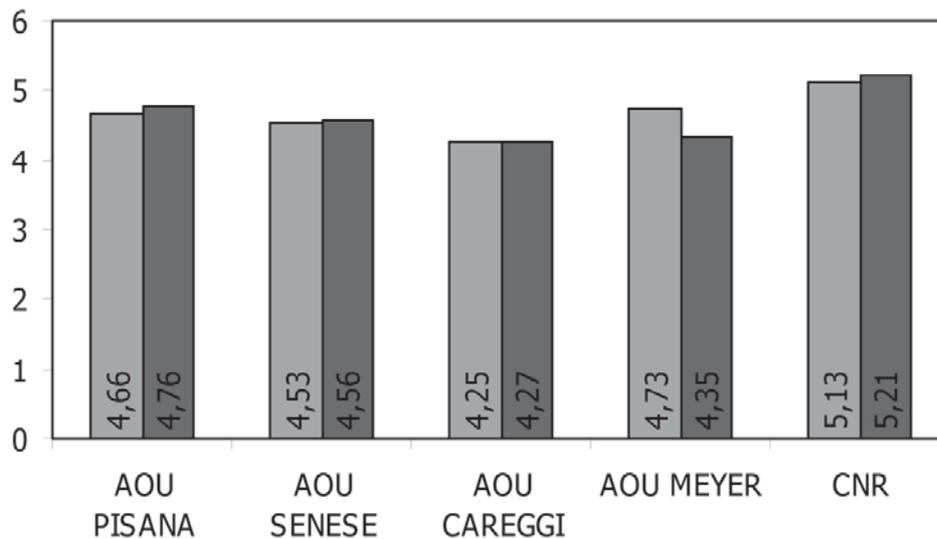


FIG. 62. Peso medio Drg chirurgici ordinari di alta complessità, trend 2005-06



Mobilità



L'analisi della mobilità sanitaria, nelle sue diverse forme, ricopre un ruolo centrale nella programmazione dei sistemi regionali e nello sviluppo di politiche condivise a livello interregionale.

In quanto espressione della libertà di scelta degli assistiti e della loro percezione della qualità dell'assistenza, la mobilità si presenta come fenomeno di notevole interesse ai fini della valutazione dei servizi erogati e, più in generale, delle dinamiche che regolano la complessa dialettica tra domanda e offerta di prestazioni sanitarie, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse e di promozione della qualità delle cure.

La valutazione della mobilità prende in considerazione





le fughe e le attrazioni, in termini di ricoveri, sia fuori Area Vasta che fuori Regione. Come la «complessità della casistica» anche questo indicatore viene calcolato solo per le Aziende Ospedaliero-Universitarie.

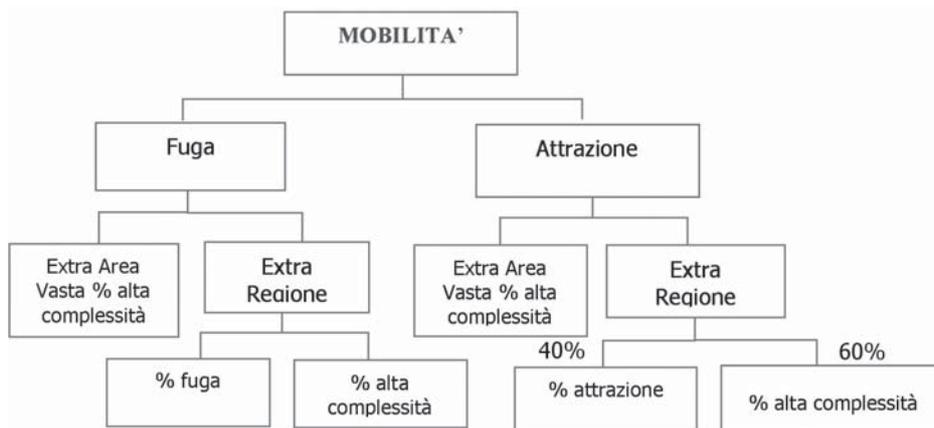


FIG. 63. L'albero di valutazione per la mobilità

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 e delle migrazioni transfrontaliere, da e verso regioni confinanti, che possono essere spiegate dalla contiguità geografica e dalla dislocazione territoriale dei servizi sanitari. È stato valutato, quindi, il livello di fughe (alta complessità) dall'Area Vasta, come indicatore di una mancata risposta al cittadino, che può essere dovuta sia ad un vuoto di offerta – carenza di servizi o loro inaccessibilità –, che ad un problema di qualità (percepita o vera) delle prestazioni rese. L'indicatore di attrazione (alta complessità) 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.



Fughe 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.

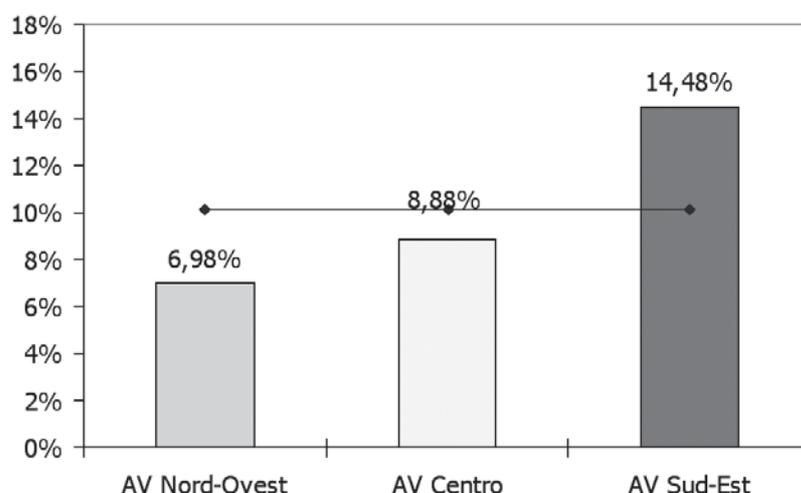


FIG. 64. Fughe extra AV per Drg > 2,5, anno 2006

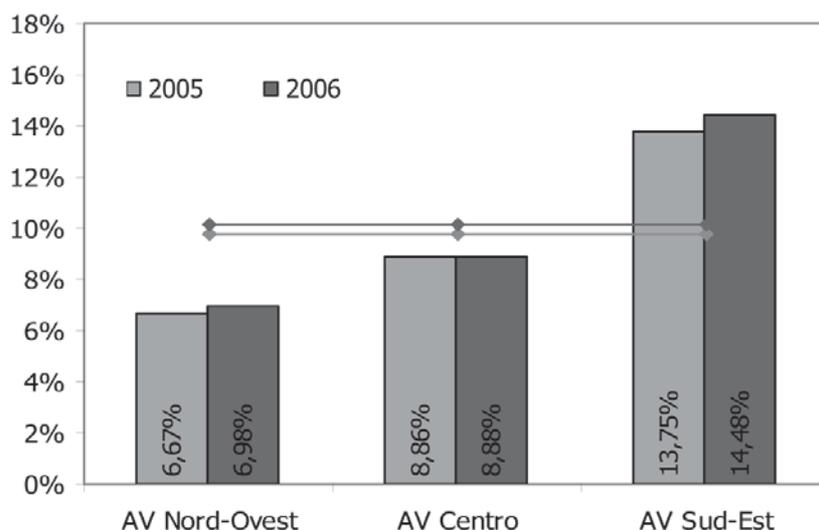


FIG 65. Fughe extra AV per Drg > 2,5, trend 2005-2006

Attrazioni extra Area vasta per Drg ad alta complessità

Tale indicatore considera la percentuale di ricoveri dentro la corrispondente Area Vasta, relativi a residenti fuori Area Vasta.

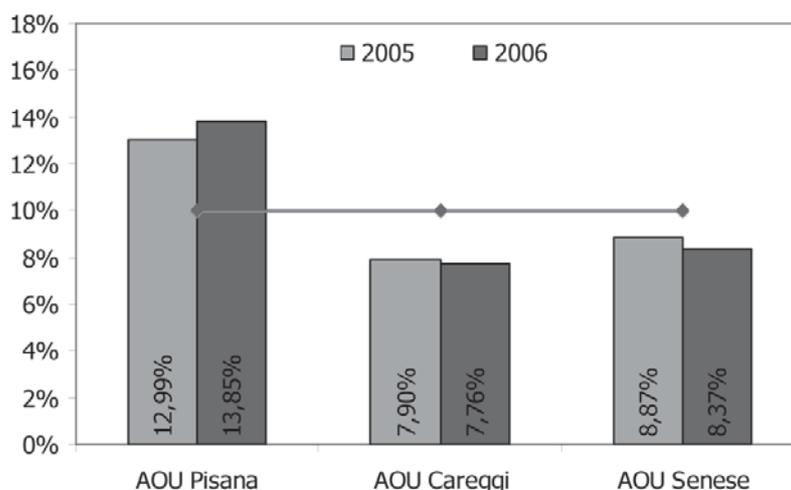


FIG. 66. Indice di attrazione extra area vasta per drg ad alta complessità, 2005/06

Per quanto riguarda la mobilità extraregionale, si considerano sia i volumi dei ricoveri, sia la loro complessità – ossia si verifica quanti pazienti si spostano da e verso la Regione Toscana ed in quanta parte per alta complessità.

Fughe 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.

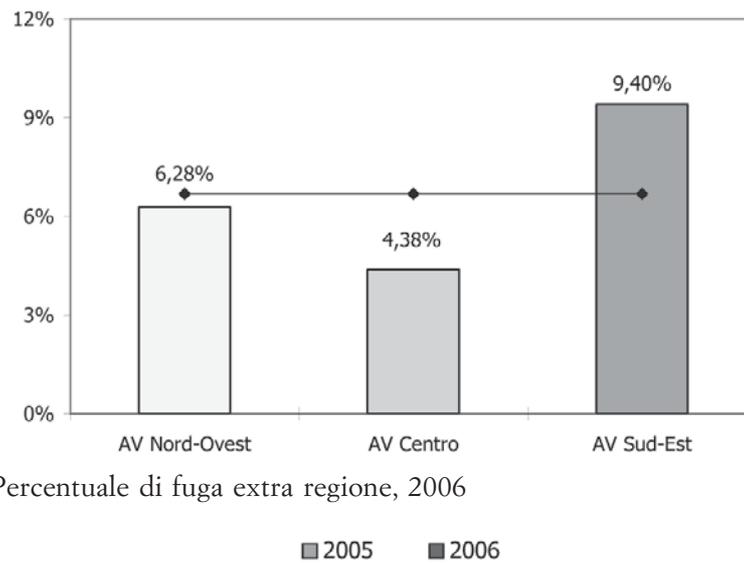


FIG. 67. Percentuale di fuga extra regione, 2006

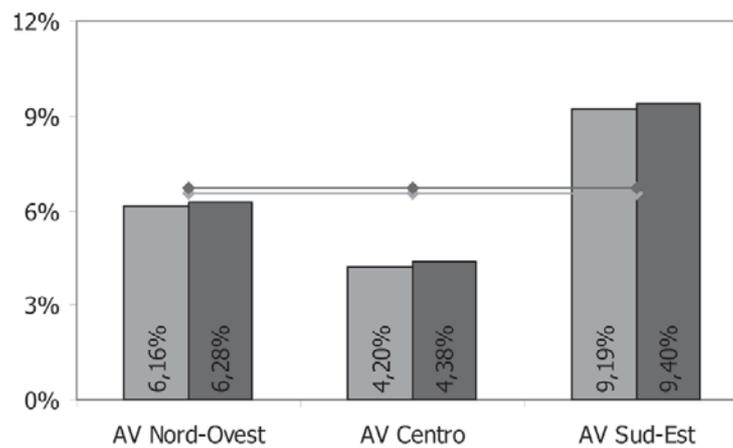


FIG. 68. Percentuale di fuga extra regione, trend 2005-06

Attrazioni 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.



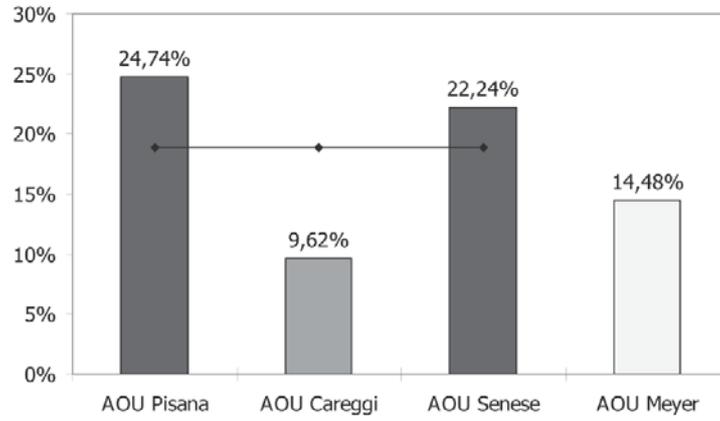


FIG. 69. Volumi di attrazione extraregionale, 2006

Fig. 70 % di attrazione extraregionale di alta complessità, 2006

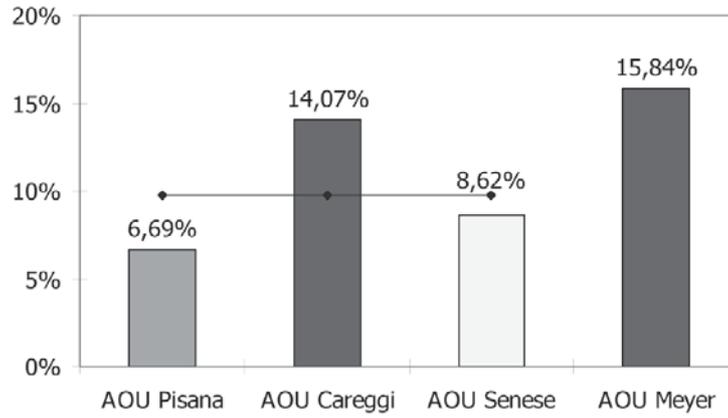


FIG. 70. % di attrazione extraregionale di alta complessità, 2006

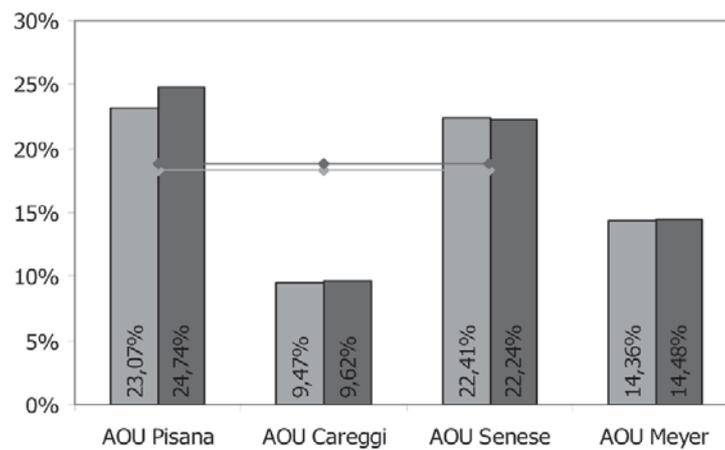


FIG. 71. Volumi di attrazione extraregionale, 2005/06



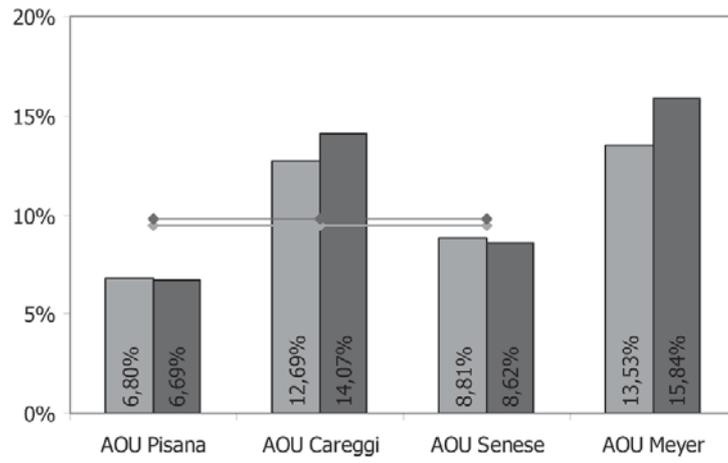


FIG. 72. % di attrazione extraregionale di alta complessità, 2005/06



LA VALUTAZIONE SOCIO-SANITARIA

1. *Presupposti metodologici (Anna Bonini)*

Fornire servizi sanitari di alta qualità, adeguati in termini di volumi e di tipologie di prestazioni, nel rispetto di un appropriato consumo di risorse, rappresenta un obiettivo fondamentale per le aziende sanitarie. Tale obiettivo è infatti la componente *core* dell'Azienda sanitaria, che avrebbe dovuto essere monitorata da sempre, in quanto raggruppa i fattori determinanti sia della sostenibilità economica che della capacità di rispondere alla sua missione primaria – ossia migliorare lo stato di salute degli utenti. Nella dimensione sanitaria infatti, si vogliono misurare e valutare le aziende sanitarie in termini di governo della domanda, efficienza, qualità clinica ed appropriatezza sia clinica che organizzativa.

Con l'espressione *governo della domanda* 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. È necessario guidare la domanda di assistenza sanitaria che i cittadini rivolgono al servizio pubblico, con particolare riguardo ai ricoveri ospedalieri, e dunque al tasso di ospedalizzazione, in modo che la risposta sia adeguata al bisogno sanitario, e venga erogata nelle sue forme più appropriate.

Se con *efficienza* si indica generalmente la capacità dell'Azienda di utilizzare le minime risorse per il massimo raggiungimento dei risultati, in ambito sanitario l'efficienza intende misurare le risorse utilizzate per la cura del paziente. Si tratta di organizzare al meglio il percorso del paziente, sia all'interno dell'ospedale stesso che nell'integrazione ospedale-territorio, affinché le risorse disponibili siano utiliz-



zate nel giusto *setting* assistenziale, a seconda della fase del percorso, e naturalmente in base alla gravità e complessità del caso. Nell'assistenza ospedaliera il concetto di efficienza viene generalmente misurato in termini di degenza media, utilizzata come indicatore *proxy*. L'elemento organizzativo ha certamente un ruolo fondamentale: un incremento dell'efficienza può essere determinato, in linea generale, da una maggiore attenzione all'uso della risorsa ospedale, dall'individuazione di percorsi più appropriati, dallo sviluppo della continuità assistenziale con il territorio attraverso le dimissioni protette; in altri casi la riduzione della degenza può generare dimissioni precoci, con livelli di assistenza trasferiti al territorio [Rapporto IRER 2005].

Lo studio dell'efficienza si accompagna all'analisi di *efficacia* delle strutture sanitarie, ovvero dei risultati clinici, conseguiti in termini di miglioramento della salute del paziente. Ciò avviene tramite l'osservazione di indicatori di qualità di processo e di esito, che, tra l'altro, considerano l'adozione di tecniche strumentali e di protocolli clinici. Ciò che appare con sempre maggiore evidenza è che, in sanità, qualità non è sinonimo di maggiori costi, ma di utilizzo efficiente ed appropriato delle risorse [Berg, 2005].

Il perseguimento dell'*appropriatezza* in tutti i livelli di assistenza rappresenta un punto chiave nell'erogazione dei servizi. Come riportato nel Piano Sanitario Regionale 2005-2007, pur offrendo a tutti i cittadini l'intera gamma dei percorsi assistenziali e delle prestazioni, nel rispetto dei principi fondanti il sistema sanitario italiano, le strutture sanitarie sono tenute a promuovere nella popolazione e negli operatori sanitari la cultura dell'*appropriatezza* e dell'*adeguatezza* di quanto erogato, al fine di dare accesso, tempestivamente, a prestazioni di buona qualità a chi ne ha bisogno, di evitare i danni per la salute, legati ad un consumismo sanitario incontrollato, e di conseguire la sostenibilità economica del sistema sanitario.

Gli indicatori della dimensione sanitaria analizzano le tematiche sopra citate, per quanto riguarda sia le attività ospedaliere che quelle territoriali, e anche per quanto concerne alcuni specifici percorsi assistenziali. I percorsi



analizzati nel dettaglio sono il materno-infantile e l'oncologico – entrambi strategici per la Regione Toscana –, facenti parte dei 12 progetti speciali del PSR 2005-2007.

La selezione degli indicatori nasce da un'analisi della letteratura scientifica internazionale, con particolare riferimento al sistema di valutazione dello Stato dell'Ontario in Canada [OHA 1999 e 2006], del *National Health Service* britannico (Performance Ratings) e della rete di ospedali della California *Sutter Health* – quest'ultimo sistema di valutazione in particolare per quanto riguarda il percorso materno-infantile. Gli indicatori preliminarmente identificati sono stati poi condivisi, modificati ed integrati a livello regionale con l'Area di Coordinamento Sanità della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, con il management delle aziende sanitarie toscane – in particolare i Direttori Generali, i Direttori Sanitari ed alcuni professionisti –, e con gli esperti del settore nei vari ambiti. Ad esempio, la scelta degli indicatori relativi al percorso oncologico è stata effettuata con il Centro Studi e Prevenzione Oncologica della Regione Toscana. Dunque, ad indicatori utilizzati a livello internazionale, si affiancano indicatori di interesse della realtà specifica regionale, che monitorano tematiche trattate nel PSR o in alcune delibere: è il caso del progetto di artroprotesi dell'anca, del percorso nascita, dell'appropriatezza farmaceutica o dell'appropriatezza del setting di ricovero affrontata nella delibera sui DRG¹ ad alto rischio di inappropriatezza.

Il set di indicatori di valutazione è in parte differente per le aziende territoriali e per quelle ospedaliero-universitarie, vista la diversa mission aziendale. Infatti, le AUSL sono esaminate tenendo conto delle proprie attività territoriali di competenza, accanto a quelle ospedaliere, come esplicitato negli indicatori *C1-Governo della domanda*, *C8-Efficacia sanitaria delle attività territoriali* e *C9-Appropriatezza prescrittiva farmaceutica*. Diversamente, le Aziende ospedaliero-universitarie sono valutate anche per la loro funzione di

¹ Disease Related Group.



terzo livello; in particolare, si analizza la qualità clinica di alcuni servizi, come la cardiocirurgia (Indicatore *C5-Qualità clinica*). Gli indicatori specifici per le AOU sono emersi da un percorso formativo dei Direttori dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), che, in un percorso di laboratorio formativo condotto da docenti di economia dei tre atenei toscani, hanno selezionato e condiviso un insieme di indicatori clinici che valutassero la complessa realtà delle Aziende Ospedaliero-Universitarie in ambito sanitario. Tale percorso è stato importante anche perché ha permesso la partecipazione dei professionisti alla scelta degli elementi stessi sui quali essere valutati.

Nella selezione degli indicatori, oltre al valore scientifico, alla rilevanza e alla significatività, si è tenuto conto della reperibilità e disponibilità del dato, non potendo prescindere da queste ultime specifiche. Dal momento che i sistemi informativi regionali ed aziendali rilevano molte più informazioni riguardo ai processi ospedalieri piuttosto che a quelli territoriali, è inevitabile che ciò si rifletta negli indicatori selezionati, che, per l'appunto, riguardano in quantità maggiore le attività dell'ospedale. Per sopperire almeno in parte a tale distorsione, per la valutazione delle attività territoriali si è fatto ricorso a misure indirette, provenienti da fonti ospedaliere. L'indicatore *C8-Efficacia sanitaria delle attività territoriali* esamina, infatti, i risultati di alcuni servizi del territorio, come il sistema di cure primarie per la gestione dei malati cronici, l'operato dei consultori nella prevenzione delle gravidanze di minorenni, la capacità ricettiva del territorio dall'ospedale e la salute mentale, utilizzando i dati provenienti non dai servizi stessi – vista la loro indisponibilità o inadeguatezza –, bensì dai flussi ospedalieri.

È stato dunque necessario effettuare un *trade-off* tra la significatività dell'indicatore e la sua disponibilità, raggiungendo un compromesso che in taluni casi ha portato alla scelta di un indicatore magari meno rilevante ma direttamente fruibile [Berg, 2005]. Ad esempio, per valutare la qualità del parto si può esaminare la sofferenza fetale tramite l'indicazione del pH del neonato alla nascita, ma tale





informazione non è desumibile dai flussi correnti, poiché il dato non è riportato nei Certificati di Assistenza al Parto (CAP). Si è preferito allora ricorrere al punteggio di Apgar al 5° minuto, riportato nel CAP, anche se tale informazione può risentire di maggiori errori di rilevazione e/o compilazione – con la segnalazione alle Aziende di fare attenzione nella compilazione del flusso. Con l'impiego del sistema di valutazione, si è osservato che l'utilizzo dell'indicatore stesso ha effettivamente portato ad un miglioramento della compilazione del campo Apgar, con una conseguente crescente affidabilità del dato.

Nell'intero sistema di valutazione, si è scelto di ricorrere il meno possibile a dati di origine aziendali, visti i limiti che questi pongono circa la confrontabilità tra aziende, privilegiando al contrario la provenienza regionale. Le fonti dei dati sono dunque flussi amministrativi correnti regionali; in particolare si fa riferimento ai flussi DOC consolidati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), ai Certificati di Assistenza al Parto (CAP) per il percorso materno-infantile, alle Prestazioni Ambulatoriali (SPA), alle Prestazioni Farmaceutiche erogate dalle farmacie territoriali (SPF) e al Registro di Mortalità Regionale (RMR) per un indicatore del percorso oncologico. Inoltre, si considera il flusso regionale relativo alla popolazione toscana.

I dati delle SDO, dei CAP e delle SPA sono stati estratti dal sistema informativo regionale, tramite il software *Business Object*, ed elaborati dai ricercatori del MeS con il supporto del Settore Informativo Socio-Sanitario della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà². I dati farmaceutici sono stati forniti dal Settore Farmaceutica della Direzione Generale, mentre i dati relativi al percorso oncologico provengono dal Registro Tumori della Regione Toscana – Istituto Toscano Tumori.

Per quanto riguarda la metodologia di calcolo, alcuni indicatori sono calcolati per Azienda che ha erogato la prestazione, mentre altri per Azienda di residenza dell'utente,

² Si ringrazia in particolare la dott.ssa Serenella Acciai per il prezioso contributo.





in base alle finalità dell'indicatore stesso. Si fa riferimento all'Azienda di erogazione quando si vogliono osservare aspetti di competenza del servizio specifico esaminato – generalmente l'attività ospedaliera –, mentre si considera l'Azienda di residenza se l'oggetto della misurazione è un fenomeno legato alle attività territoriali, o all'integrazione ospedale-territorio. Ad esempio, la degenza media per polmonite (Indicatore *C2-Efficienza delle attività di ricovero*) è calcolata sui dimessi effettuati, poiché si vuole misurare l'efficienza dell'ospedale, mentre il tasso di ospedalizzazione della stessa tipologia di pazienti (Indicatore *C8-Efficacia sanitaria delle attività territoriali*) fa riferimento all'Azienda di residenza, visto che si prende in considerazione soprattutto l'operato del territorio nel prevenire la fase acuta e dunque il ricovero.

Sono stati considerati i ricoveri erogati dai presidi pubblici delle AUSL e dalle AOU. In linea generale, molti indicatori fanno riferimento alla fase acuta della patologia del paziente, come ad esempio quelli di efficienza, per cui si tiene conto dei soli ricoveri ordinari, con l'esclusione dei dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuro-riabilitazione, che altrimenti modificherebbero la natura del fenomeno. Allo stesso modo, alcuni indicatori sono calcolati solo sui ricoveri programmati, affinché non si confonda la gestione dei pazienti programmati con quella degli urgenti, che possono richiedere una stabilizzazione prima di poter essere trattati. È questo il caso della degenza media pre-operatoria, che viene appunto analizzata solo sull'attività programmata (Indicatore *C3-Efficienza pre-operatoria*).

La selezione di specifici gruppi di pazienti, a seconda della patologia esaminata, è stata effettuata in base al DRG *Groupes XIX* o, in altri casi, utilizzando le diagnosi e gli interventi chirurgici secondo la classificazione internazionale delle malattie ICD9-CM. La scelta dell'una o dell'altra modalità è stata effettuata secondo le indicazioni dei professionisti, in base all'omogeneità di pazienti che si volevano considerare.

Per procedere al confronto tra le aziende, alcuni indicatori sono stati standardizzati per variabili che possono





influenzare il fenomeno misurato. Ad esempio, l'età può agire come elemento di confusione, poiché le popolazioni relative alle AUSL o a gruppi di pazienti con una certa patologia hanno una diversa distribuzione per età – per cui, ad esempio, una popolazione più anziana avrà un maggior numero di ricoveri. Dunque il tasso di ospedalizzazione è stato depurato della variabile età. È stato utilizzato il metodo di standardizzazione diretta, che applica ai tassi specifici per età – della popolazione di riferimento – dei pesi che esprimono la struttura per età della popolazione utilizzata come standard, dividendo per il totale della popolazione standard. La popolazione che si assume come standard è quella italiana ISTAT 1998. Allo stesso modo, gli indicatori di efficienza, come la degenza media, sono stati standardizzati per età e sesso, considerando come popolazione standard quella relativa all'insieme dei ricoveri toscani – per la patologia e per l'anno presi in esame.

Per altri indicatori non è stato utilizzato il metodo della standardizzazione, bensì sono stati considerati solo alcuni gruppi di popolazione per età: ad esempio, i tassi di ospedalizzazione per scompenso cardio-circolatorio (Indicatore *C8-Efficacia sanitaria delle attività territoriali*) sono calcolati sulla popolazione anziana, gli ultrasessantacinquenni. In altri casi, sono esclusi quei fenomeni che possono alterare la misurazione del fenomeno: ad esempio, la percentuale di parti cesarei è stata depurata escludendo quelle variabili che possono appropriatamente indurre ad un parto cesareo, come la gemellarità, la posizione non adatta del bambino, la precocità del parto o l'aver già partorito (Indicatore *C7-Valutazione Materno-Infantile*). In questo modo, anche se tali fattori incidono in maniera differente nelle aziende, ciò non influenza l'indicatore depurato, che viene calcolato sui casi potenzialmente non complicati.

In merito alla metodologia di calcolo della fasce di valutazione, esse sono costruite su uno standard, definito a livello internazionale, nazionale o regionale, o, in mancanza di un riferimento, sulla media regionale. Nel caso sia fissato un obiettivo regionale, questo si pone come limite superiore della fascia di performance ottima, cosicché l'indicatore in





questione si posiziona al centro del bersaglio per quelle aziende che raggiungono o superano lo standard. Le altre fasce di valutazione sono definite secondo la distribuzione dell'indicatore, con particolare riferimento al *range* (la differenza tra il valore massimo e il valore minimo), ed hanno la stessa ampiezza – si considera incluso il limite inferiore ed escluso quello superiore –, come riportato nello schema seguente.

Fasce di performance	Limite inferiore	Limite superiore	Range di punteggio
Ottima	\leq	Obiettivo	4-5
Buona	Obiettivo	Obiettivo-2 δ	3-4
Media	Obiettivo-2 δ	Obiettivo-4 δ	2-3
Scarsa	Obiettivo-4 δ	Obiettivo-6 δ	1-2
Molto scarsa	$>$	Obiettivo-6 δ	0-1

dove $\delta = (\text{max-min})/10$



Per quegli indicatori per i quali non è definito uno standard, le fasce di performance sono costruite a partire dalla media intraregionale, ovvero la media dei valori aziendali, che viene collocata come valore centrale della fascia media. Analogamente a quanto descritto sopra, le fasce di valutazione si basano sulla distribuzione dell'indicatore, come spiegato nella tabella che segue.



Fasce di performance	Limite inferiore	Limite superiore	Range di punteggio
Ottima	\leq	Media-3	4-5
Buona	Media-3 δ	Media- δ	3-4
Media	Media- δ	Media+ δ	2-3
Scarsa	Media+ δ	Media+3 δ	1-2
Molto scarsa	$>$	Media +3 δ	0-1

dove $\delta = (\text{max-min})/10$





Si precisa che si tiene conto di eventuali *outlier*, che, se presenti nella distribuzione di un indicatore, vengono esclusi sia dal calcolo della media intraregionale sia dal procedimento di costruzione delle fasce. Gli outlier sono quei valori anomali di una distribuzione – le cosiddette code –, che alterano in maniera significativa la media. Sono costruiti a partire dai Valori Adiacenti di una scatola *box-plot* – i valori dove inizia e finisce la scatola. I valori anomali sono identificati da:

$$\text{Valore Adiacente Inferiore (VAI)} \geq Q_1 - 3xr$$

e

$$\text{Valore Adiacente Superiore (VAS)} \leq Q_3 + 3xr$$

dove r è il range interquartile, ovvero la differenza tra il terzo quartile (Q_3) e il primo quartile (Q_1). I valori che si discostano dalla mediana tra 1,5 e 3 volte il range interquartile possono essere considerati nella norma; quelli che si discostano di oltre 3 volte sono invece molto rari, e dunque considerati outlier [Soliani, 2005].

Secondo tale metodo, ad esempio, il valore dell'AOU senese nella distribuzione dell'indicatore di degenza media per infarto miocardio acuto risulta un outlier, per cui è escluso dal calcolo della media intraregionale e delle fasce di valutazione.

Una volta definite le fasce di performance, le aziende vengono classificate in tali fasce secondo il valore che l'indicatore assume; viene poi assegnato un punteggio da 0 a 5 proporzionalmente al valore di ciascuna Azienda nella fascia corrispondente.

I punteggi così stabiliti per ogni sottoindicatore concorrono a determinare il punteggio finale dell'indicatore che appare sul bersaglio, tramite una media semplice o una media pesata, a seconda dell'importanza dei diversi sottoindicatori. Ad esempio, nel *C7-Valutazione Materno-Infantile*, la percentuale di parti cesarei depurata pesa il 50% dell'indicatore finale, le fughe per parto il 20% e di ciascuno degli altri tre sottoindicatori è assegnato un peso del 10%.





2. *La valutazione dei servizi ospedalieri*

2.1. *Capacità di governo della domanda (Carmen Calabrese)*

Oggi la fisionomia dell'ospedale sta mutando profondamente: da luogo di riferimento per qualsiasi problema di una certa rilevanza di natura sanitaria, e spesso socio-sanitaria, ad organizzazione ad alto livello tecnologico, deputata e capace di fornire risposte assistenziali di tipo diagnostico-terapeutico a problemi di salute caratterizzati da acuzie e gravità.

Tale specifica caratterizzazione del ruolo dell'ospedale nel complesso della rete assistenziale sanitaria, fa sì che, se le prestazioni vengono eseguite ad un livello di assistenza più intensivo di quello realmente necessario, tale intervento viene definito inappropriato. Le politiche di riorganizzazione della rete ospedaliera degli ultimi anni hanno di fatto inciso sulla diminuzione delle attività di ricovero ordinario, sia mediche che chirurgiche, che sono state in buona parte riconvertite in modalità di degenza diurna (day hospital e day surgery), e compensati da un parallelo incremento delle prestazioni ambulatoriali.

La Regione Toscana, coerentemente con questa evoluzione culturale ed organizzativa, continua a sviluppare e migliorare l'accesso e i livelli di utilizzo delle strutture ospedaliere e territoriali, elementi che vengono valutati tramite indicatori che consentono il governo della domanda espressa dai cittadini, puntando su una diminuzione del tasso di ricovero ordinario a favore di forme assistenziali più idonee al bisogno effettivo dei cittadini (Cfr. fig. 1).

Il benchmarking, e dunque la valutazione, sono effettuati sul tasso standardizzato di ospedalizzazione, che consente di confrontare il dato delle diverse aziende territoriali, in quanto depura il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età delle aziende.

La figura 2 indica l'andamento complessivo del tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per l'anno 2006 – ricoveri extra-regionali inclusi. La quasi totalità delle aziende





FIG. 1. Albero di valutazione della capacità di governo della domanda

si è mantenuta al di sotto dello standard di riferimento regionale, fissato nel PSR pari al 160 ‰, rispondendo alle indicazioni programmatiche orientate appunto al contenimento dei ricoveri. Le aziende di Prato e di Massa, invece, si discostano in maniera significativa rispetto a tale parametro registrando una performance molto scarsa; al contrario l'AUSL 11 di Empoli e l'AUSL 3 di Pistoia risultano essere le migliori registrando una performance molto buona.

Analizzando il trend del tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 residenti, risulta un miglioramento progressivo nel corso degli anni, espresso in un'evidente e generalizzata diminuzione in tutte le Aziende, in alcuni casi più modesta, in altri più marcata. Ciò comporta che a livello regionale il tasso standardizzato sia sceso in misura considerevole, passando da un valore medio pari a 160,69 ricoveri ogni 1.000 abitanti nell'anno 2004 a un valore medio pari a 155,01 ricoveri nel 2006.



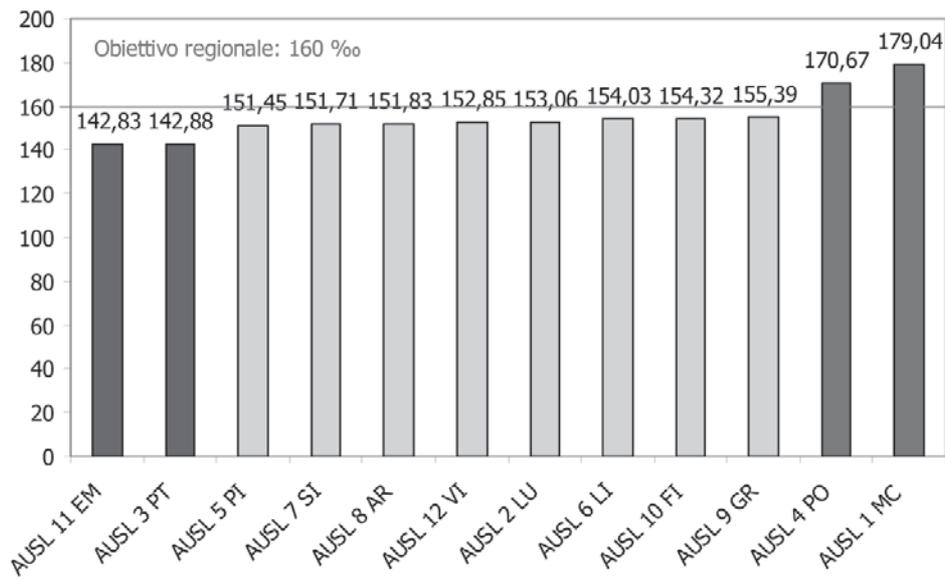


FIG. 2. Tasso standardizzato di ospedalizzazione - Anno 2006

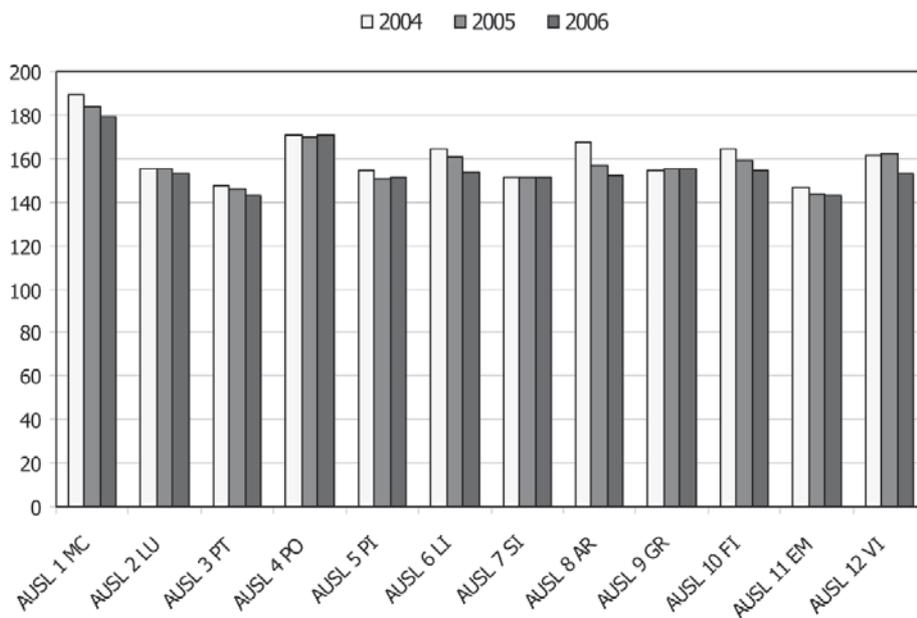


FIG. 3. Tasso standardizzato di ospedalizzazione - Trend 2004 - 2005 - 2006

Si riporta di seguito il grafico del tasso di ospedalizzazione grezzo, sempre riferito all'anno 2006, comprensivo dei ricoveri extra regione.

Per un'analisi più approfondita, si esamina il tasso di



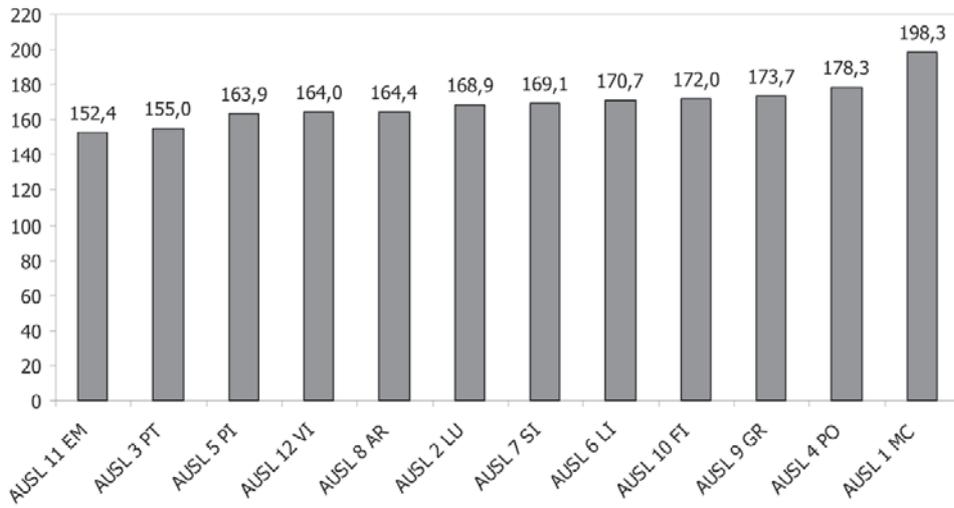


FIG. 4. Tasso di ospedalizzazione grezzo - Anno 2006

ospedalizzazione standardizzato separatamente per ricoveri ordinari e per Day-Hospital. Il trend del tasso di ospedalizzazione dei ricoveri in regime ordinario è in diminuzione costante per tutte le aziende; questo si traduce a livello regionale in un forte calo, da 109,06 ricoveri per 1.000 residenti nel 2004, a 103,12 ricoveri nel 2006. L'attività erogata in regime di ricovero diurno, nel corso del triennio 2004-2006, presenta invece una certa variabilità tra le aziende, con valori in calo per alcune e in aumento per altre.

Parallelamente all'attività ospedaliera viene analizzata l'attività ambulatoriale, con la previsione che ad una dimi-

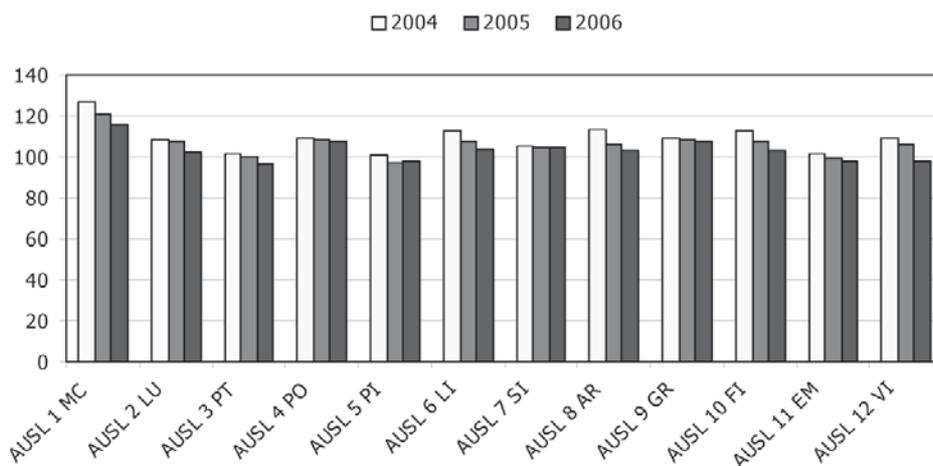


FIG. 5. Tasso di ospedalizzazione in regime ordinario, standardizzato per età



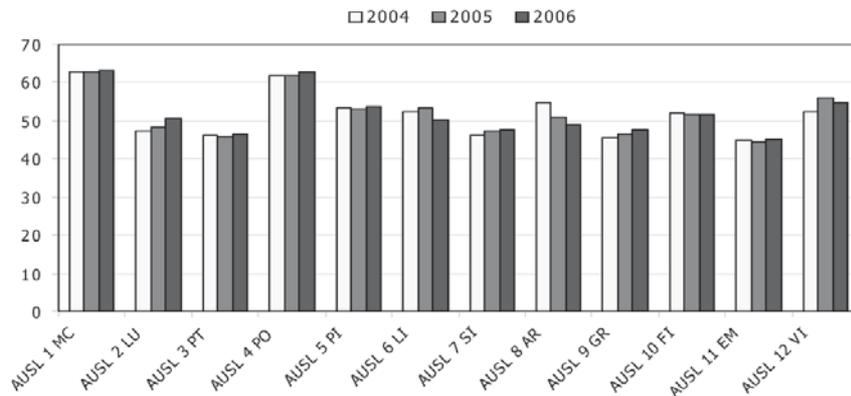


FIG. 6. Tasso di ospedalizzazione in Day-Hospital, standardizzato per età

nuzione dei ricoveri segue un aumento delle prestazioni ambulatoriali. In effetti dall'analisi dei dati emerge che nell'arco degli ultimi tre anni tutte le aziende hanno aumentato il tasso delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate. Conseguentemente, il valore medio regionale è cresciuto, passando da 12.434 visite ambulatoriali ogni 1.000 abitanti nel 2004 a 13.634 nel 2006.

Si segnala però che il notevole incremento registrato in alcune aziende da un anno all'altro – come per l'AUSL 1 di Massa-Carrara e l'AUSL 6 di Livorno – è almeno in parte dovuto alla messa a regime del sistema di rilevazione, poiché negli anni scorsi molte prestazioni ambulatoriali non venivano registrate.

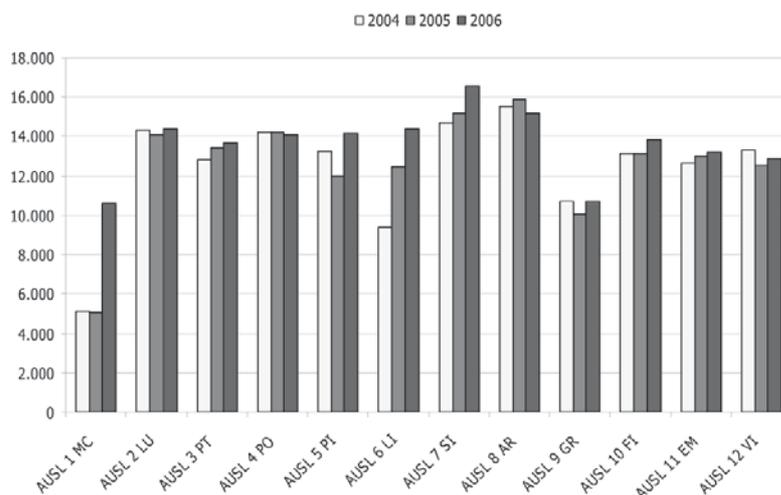


FIG. 7. Tasso standardizzato di prestazioni ambulatoriali - Trend 2004 - 2005 - 2006





2.2. Efficienza delle attività di ricovero (Chiara Seghieri)

L'indicatore C2 valuta il livello di efficienza del ricovero ospedaliero tramite la misura della degenza media di alcuni gruppi di pazienti, selezionati per la rilevanza della patologia o dell'intervento chirurgico per cui è stato effettuato il ricovero. Il valore dell'indicatore è ottenuto dalla media pesata dei punteggi di otto sottoindicatori, riguardanti, ognuno, la degenza media delle seguenti patologie: colecistectomia laparoscopica, isterectomia, prostatectomia, ictus, infarto miocardio acuto, emorragia gastrointestinale, scompenso cardio-circolatorio e polmonite.



FIG. 8. Albero di valutazione dell'efficienza delle attività di ricovero

Le degenze medie relative allo scompenso e alla polmonite non sono oggetto di valutazione in quanto per tali patologie si valuta non tanto l'efficienza ospedaliera quanto il ricorso all'ospedalizzazione – si veda l'indicatore C8. Inoltre, il punteggio assegnato alla degenza media per colecistectomia laparoscopica è pesato in base alla performance ottenuta dall'Azienda nel sottoindicatore Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery nell'albero C4-Appropriatezza, per non penalizzare le aziende che hanno trasferito buona parte dell'attività in Day-Surgery, avendo dunque proporzionalmente meno casi in ricovero ordinario ma più complessi. Il criterio della pesatura è evidenziato nella figura seguente.



% colecistectomia laparoscopica in DS	peso ind. Degenza media
Performance molto scarsa	100%
Performance scarsa	75%
Performance media	50%
Performance buona	25%
Performance ottima	0%

FIG. 9. Assegnazione peso all'indicatore relativo alla degenza media per colecistectomia laparoscopica

Le degenze medie sono standardizzate per età e sesso, considerando come popolazione standard l'insieme dei ricoveri toscani per la patologia e l'anno presi in esame. Il procedimento di standardizzazione consente di calcolare indicatori come se le popolazioni a confronto avessero la stessa distribuzione per le variabili in esame. Pertanto, le misure standardizzate per età e sesso consentono di confrontare le aziende eliminando l'influenza della diversa composizione per età e sesso dei gruppi di pazienti presi in esame.

Gli indicatori relativi alla degenza media sono accompagnati da un'altra misura, il coefficiente di variazione, che è un indicatore adimensionale di dispersione del fenomeno; esso misura infatti la variabilità rispetto alla media. È calcolato come rapporto tra la deviazione standard delle degenze e la degenza media. Lo standard di riferimento di tale rapporto è pari a uno: un valore inferiore all'unità – o più correttamente a 0,75 – indica che il gruppo di pazienti in questione è da considerarsi omogeneo al suo interno, cioè che vi sono inclusi casi con durata di degenza non molto difformi l'uno dall'altro. Viceversa, con valori superiori a 0,75 o a 1, si può affermare che esiste una disomogeneità notevole [Nonis *et al.* 1999]. Quindi un basso valore indica con elevata probabilità che all'interno di un'unità organizzativa ospedaliera vi sia condivisione di protocolli e linee guida relativi al processo diagnostico terapeutico; al contrario, un alto valore può



significare che l'unità ospedaliera non adotta procedure standardizzate e risente quindi fortemente della variabilità di comportamento dei diversi professionisti. In definitiva, il coefficiente di variazione può essere uno strumento per misurare la reale applicazione di protocolli o procedure rispetto a dei profili diagnostico-terapeutici che allo stato attuale sono essenzialmente autoreferenziali.

Di seguito vengono considerati in dettaglio alcuni dei risultati relativi alle degenze medie standardizzate di patologie selezionate.

Degenza media per Isterectomia

Il dato relativo all'anno 2006 mostra, per la maggior parte delle aziende toscane, una degenza media superiore all'obiettivo regionale – pari a 5,94 giorni. Il coefficiente di variazione presenta valori molto bassi per tutte le aziende, con una notevole omogeneità di durata della degenza.

Per quanto riguarda il trend temporale dei valori delle aziende sanitarie locali, emerge una complessiva riduzione della degenza media nel 2006 rispetto al 2005, che a livello regionale passa da 7 a 6,6 giorni.

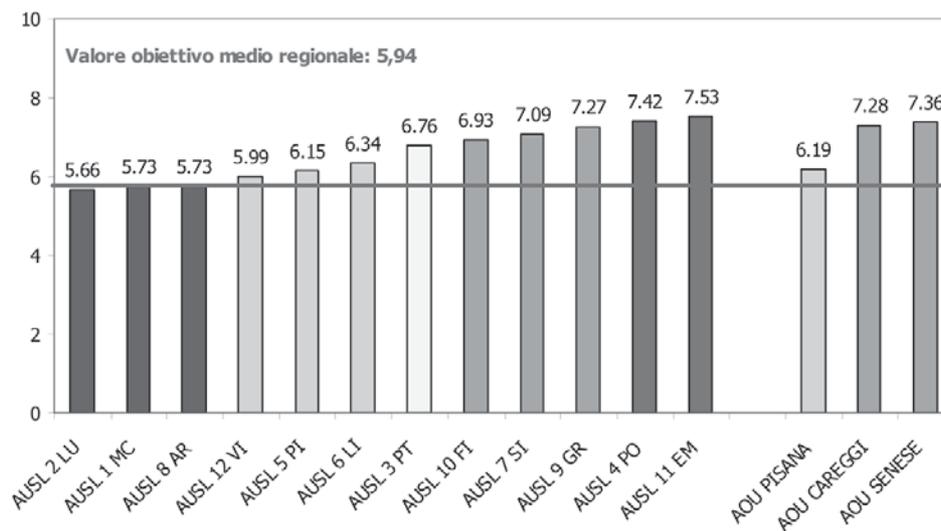


FIG. 10. Degenza media per isterectomia - Anno 2006



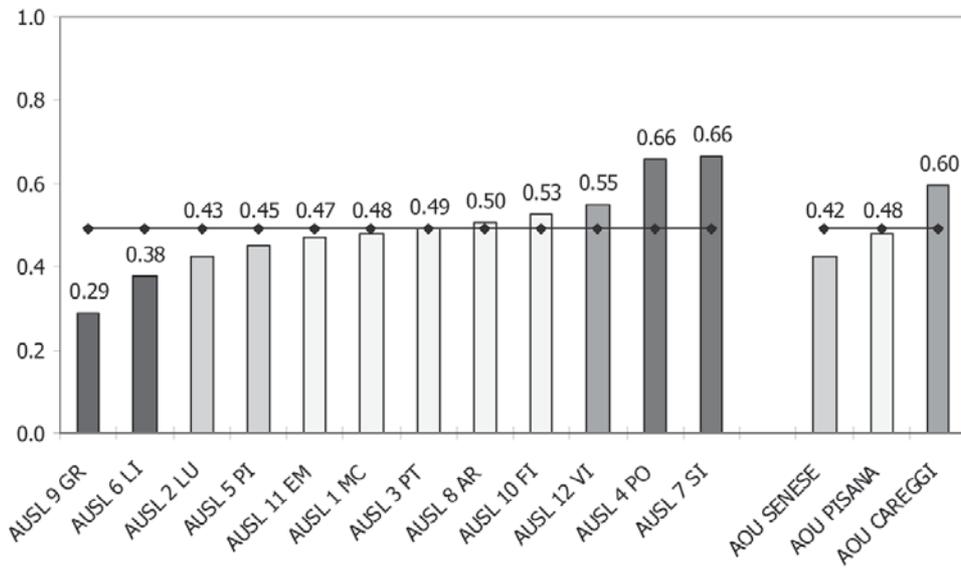


FIG. 11. Coefficiente di variazione della degenza media per isterectomia - Anno 2006

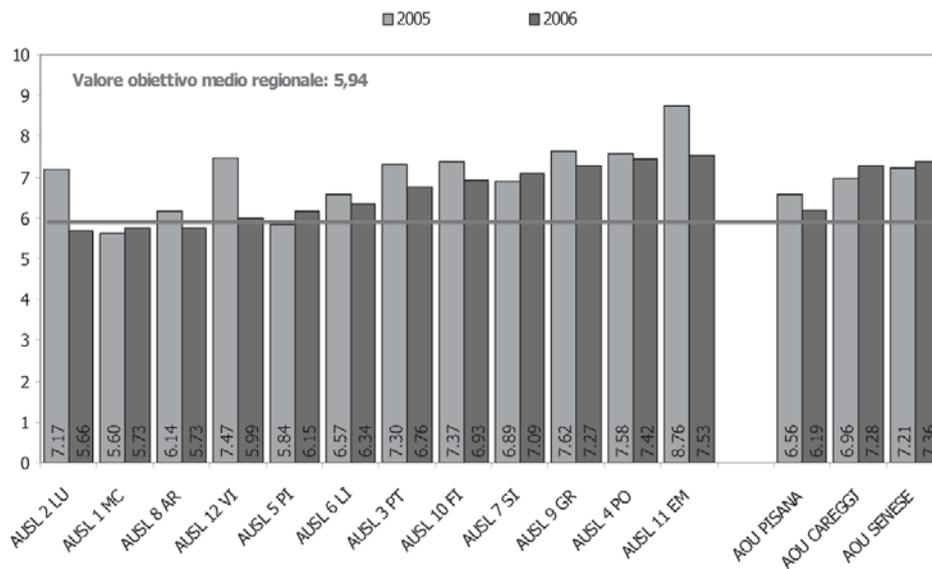


FIG. 12. Degenza media per isterectomia - Trend 2005 - 2006





Degenza media per Infarto Miocardio Acuto

Dall'analisi dell'indicatore, il cui calcolo è stato effettuato sui soli dimessi vivi, si evidenzia una degenza media standardizzata regionale, per l'anno 2006, di 7,6 giorni, con un range che varia tra i 5,5 ed i 9,8 giorni per Azienda.

Osservando il trend emerge che per la maggior parte delle aziende – solo alcune fanno eccezione –, il dato 2006 sembra sovrapporsi a quello del 2005.

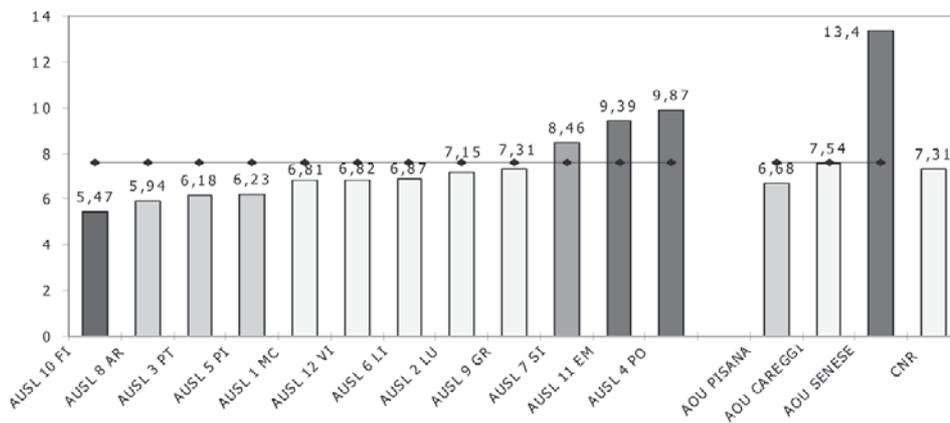


FIG. 13. Degenza media per IMA - Anno 2006

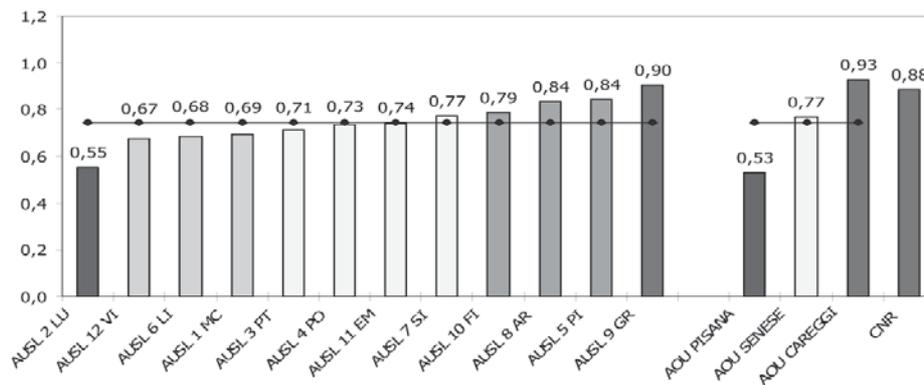


FIG. 14. Coefficiente di variazione della degenza media per IMA - Anno 2006



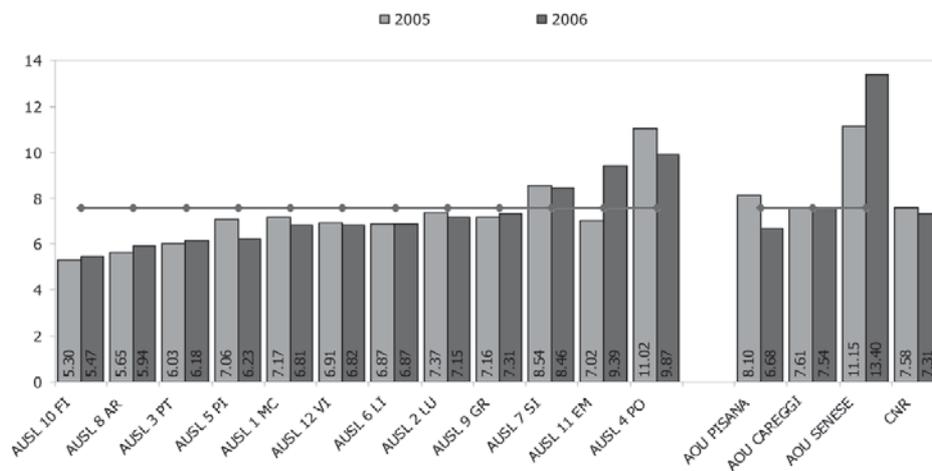


FIG. 15. Degenza media per IMA - Trend 2005 - 2006

2.3. Efficienza Pre-operatoria (Chiara Seghieri)

L'indicatore di efficienza pre-operatoria è largamente utilizzato a livello internazionale per valutare l'efficienza operativa. L'indicatore misura il numero medio di giornate che ogni paziente passa in ospedale tra il giorno dell'ammissione e il giorno dell'intervento chirurgico programmato. Tale misura esprime la capacità organizzativa dell'Azienda nelle attività di ricovero e nel sistema di pre-ospedalizzazione, considerando che tale indicatore è calcolato prendendo in esame unicamente i ricoveri ordinari programmati. L'obiettivo posto a livello regionale è pari a 1 giorno, quindi l'intervento chirurgico programmato dovrebbe avvenire al massimo il giorno seguente a quello del ricovero. Come avviene per l'indicatore *C2-Efficienza delle attività di ricovero*, anche la degenza media pre-operatoria è opportunamente standardizzata per età e sesso, considerando come popolazione standard l'insieme dei dimessi chirurghi toscani nell'anno di riferimento. Inoltre, anche qui si effettua il calcolo del coefficiente di variazione della degenza media pre-operatoria.

L'indicatore mostra per il 2006 valori abbastanza elevati: solo due aziende, l'AUSL 7 di Siena e l'AUSL 8 di Arezzo,





si avvicinano all'obiettivo regionale, mentre alcune aziende hanno un valore superiore ai 2 giorni, vale a dire oltre il doppio rispetto all'obiettivo regionale.

Il coefficiente di variazione mostra valori piuttosto elevati, ben al di sopra dell'unità che corrisponderebbe ad una situazione di disomogeneità; tale fenomeno trova una spiegazione nel fatto che l'indicatore prende in considerazione una notevole quantità di ricoveri, con un'ampia e differenziata casistica, per cui ci si aspettano variazioni di trattamento. Ciò non toglie che si rilevano valori molto diversi tra le aziende, con la particolarità che le aziende ospedaliero-universitarie hanno i valori più bassi.

Il trend del coefficiente di variazione rileva andamenti diversi tra le aziende, indicando che non c'è un cambiamento comune. Il miglioramento di questa performance potrebbe indicare l'adozione da parte delle aziende di interventi di profonda riorganizzazione.

In particolare, per ridurre la degenza pre-operatoria, è infatti necessario aver organizzato la preospedalizzazione, ossia il processo mediante il quale i pazienti si sottopongono agli esami e alle visite anestesologiche prima del ricovero, nonché aver previsto la suddivisione tra il percorso degli interventi chirurgici programmati e quelli in emergenza con ricovero da Pronto Soccorso.

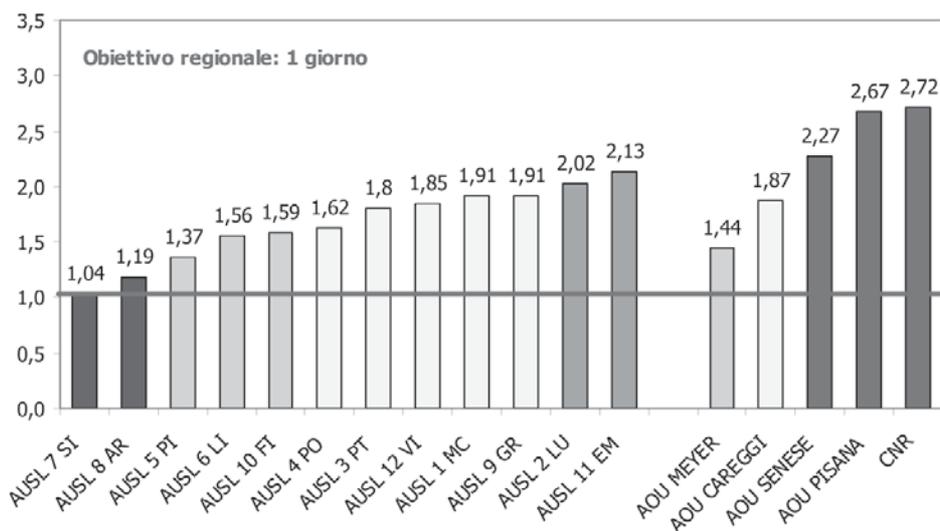


FIG. 16. Degenza media pre-operatoria - Anno 2006



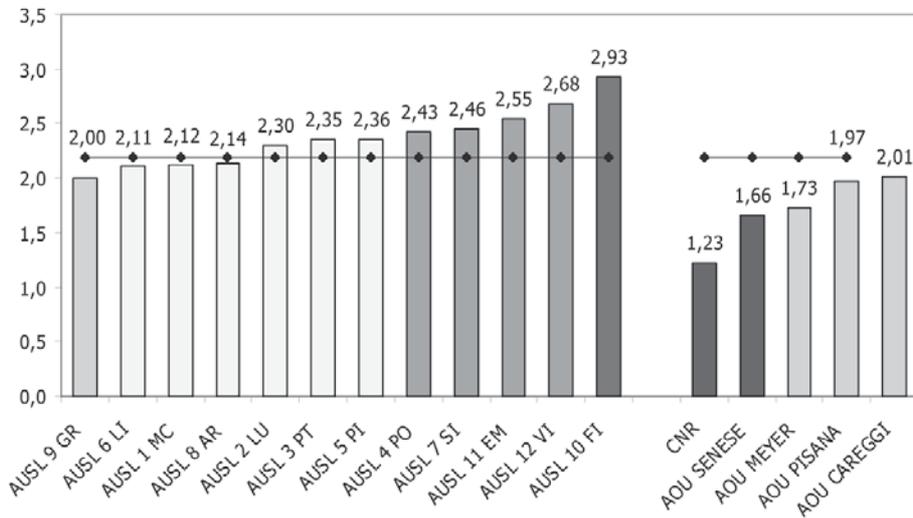


FIG. 17. Degenza media pre-operatoria - Trend 2005 - 2006

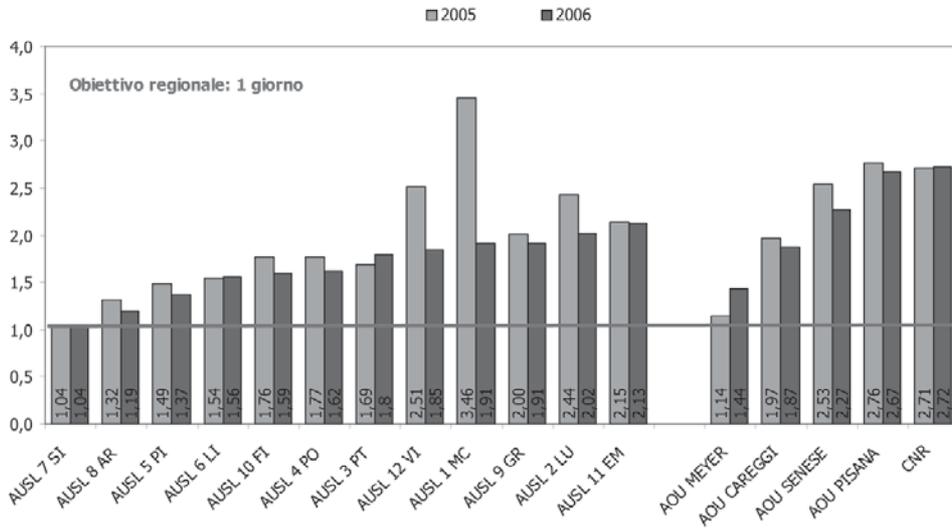


FIG. 18. Coefficiente di variazione della degenza media pre-operatoria - Anno 2006



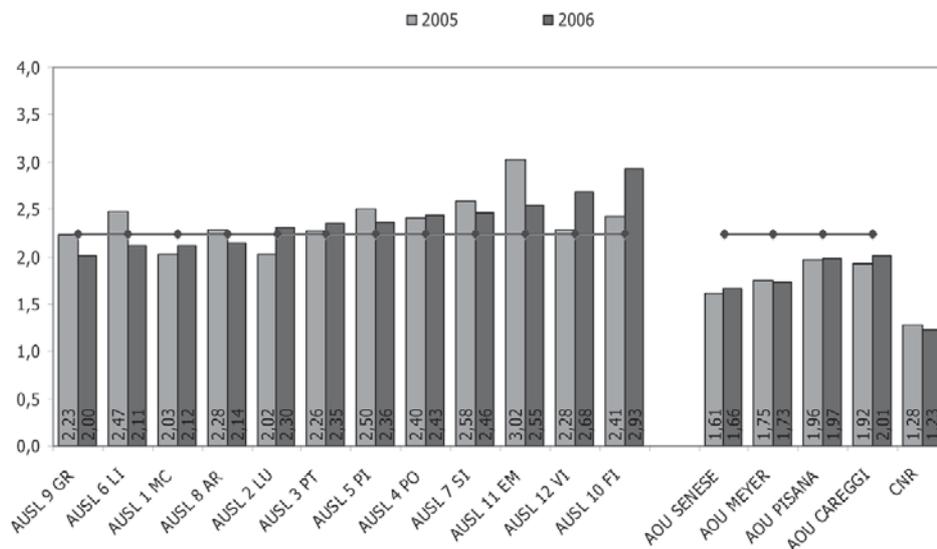


FIG. 19. Coefficiente di variazione della degenza media pre-operatoria - Trend 2005 - 2006

2.4. Appropriatelyzza (Anna Bonini)

Il PSR 2005-2007 dichiara che per appropriatezza in ambito socio-sanitario si intende la capacità di erogare attività e prestazioni efficaci ed adeguate rispetto ai bisogni dell'utenza, e di non erogare attività e prestazioni inefficaci o dannose. Per efficacia s'intende la capacità, erogando un'attività o prestazione, di modificare positivamente la storia naturale della malattia e lo stato di salute – obiettivo e soggettivo – dell'utente che si rivolge al servizio. Per adeguatezza si intende la capacità di fornire attività e prestazioni efficaci con modalità clinico-organizzative a miglior rapporto rischio/beneficio per il cittadino e con tempi congrui rispetto al bisogno.

L'indicatore C4 mira a valutare quest'ultimo aspetto, l'appropriatezza organizzativa, vale a dire le strategie organizzative messe in atto dalle aziende in ambito ospedaliero per ottenere un maggiore beneficio del paziente con un minore impiego di risorse. In molti casi si tratta di una riconversione delle attività in un diverso *setting* di ricovero, da regime ordinario a day-hospital o day-surgery, a prestazioni





ambulatoriali. L'appropriata attribuzione delle prestazioni a questi tre livelli permette di ridurre il ricorso all'ospedalizzazione, consentendo allo stesso tempo un risparmio dei costi e una maggior soddisfazione del cittadino.

L'indicatore è composto dai sottoindicatori che seguono.

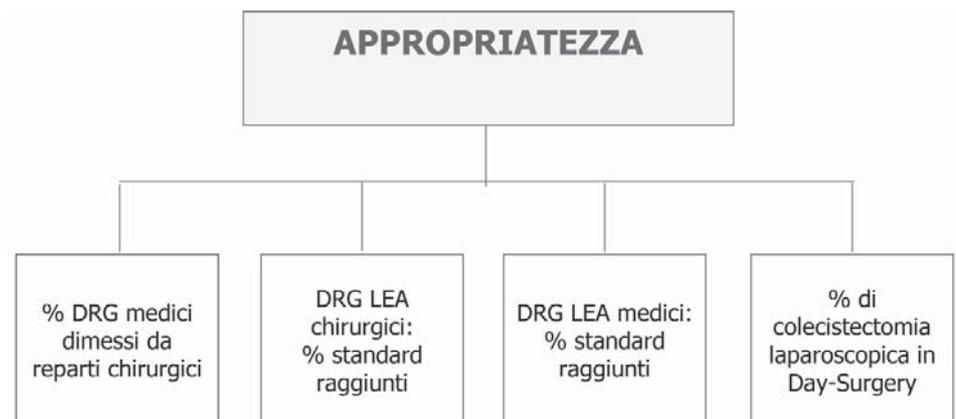


FIG. 20. Albero dell'appropriatezza.

In particolare, il primo sottoindicatore «Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici» mette in luce un aspetto relativo all'inappropriatezza organizzativa che si verifica quando un paziente viene dimesso da un reparto chirurgico senza essere stato sottoposto ad alcun intervento. Poiché il costo letto di un reparto chirurgico è assai superiore a quello di un reparto medico, è auspicabile cercare soluzioni organizzative che contengano il più possibile tali casi, per limitare eventualmente un improprio assorbimento di risorse. L'obiettivo regionale è fissato al 20%, tenendo conto che tale percentuale è sufficiente a coprire quei casi in cui è invece appropriato il ricovero in reparto chirurgico. Si segnala che sono state apportate modifiche di costruzione dell'indicatore, escludendo dall'analisi i pazienti che riportano nella Scheda di Dimissione Ospedaliera il DRG 470, classificato dal sistema DRG come medico, corrispondente a «Non attribuibile». Non entrano inoltre nel conteggio i pazienti sottoposti a litotripsia – ovvero la frantumazione di calcoli vescicali e renali tramite un'apparecchiatura ad onde





d'urto –, poiché tale procedura necessita di un ricovero in reparto chirurgico.

Le performance del 2006 presentano valori molto differenziati tra le aziende, con un range che va dal 13,8% al 31,6%. Si evidenzia però un miglioramento generale dal 2005 al 2006, che porta il valore medio regionale dal 25,55% al 24,39%, ad eccezione di una sola Azienda territoriale, che sotto tale aspetto incrementa il proprio valore di inappropriata organizzativa.

Per un'analisi maggiormente approfondita, si riporta la distinzione dell'indicatore per Azienda di erogazione calcolato sui ricoveri ordinari e sui Day-Hospital. Il livello di inappropriata organizzativa rappresentata dall'indicatore in questione si riscontra maggiormente, come previsto, nel ricovero ordinario: in tale modalità di ricovero la percentuale media regionale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici è pari al 28,58% mentre nei day-hospital è molto più limitata, con un valore pari al 16,85%. Tale situazione si osserva in pressoché tutte le aziende, fatta eccezione per due aziende territoriali – in cui i valori del ricovero ordinario e del Day-Hospital sono all'incirca pari –, e due aziende ospedaliero-universitarie – che presentano valori di inappropriata organizzativa largamente superiori nel Day-Hospital.

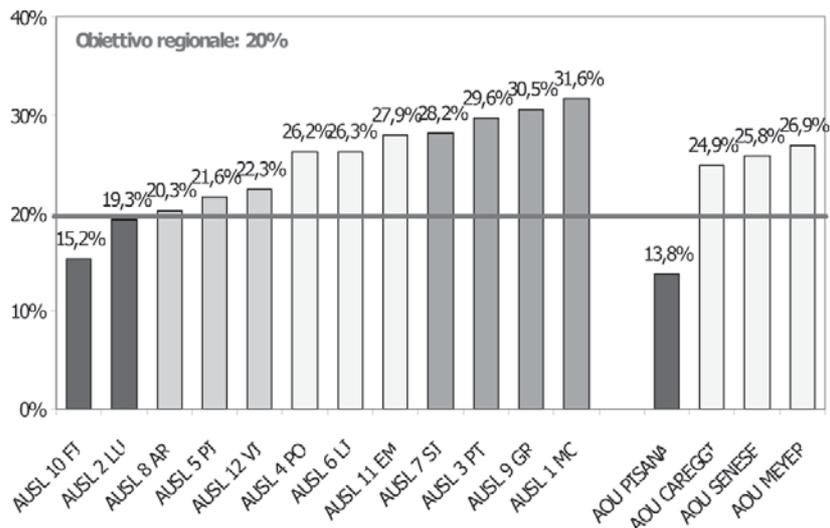


FIG. 21. Percentuale di Drg medici da reparti chirurgici - Anno 2006



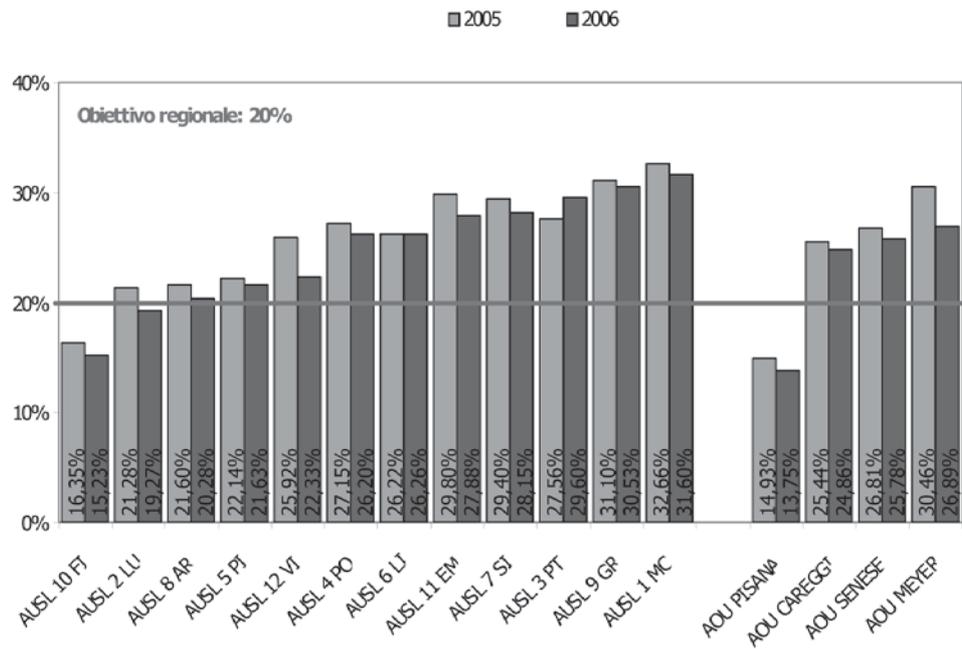


FIG. 22. Percentuale di Drg medici da reparti chirurgici - Trend 2005 - 2006

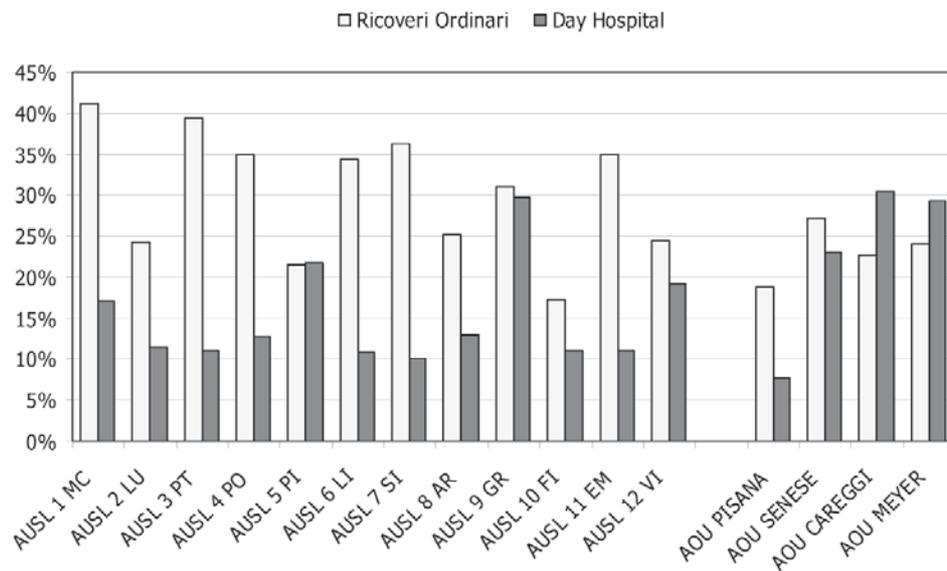


FIG. 23. Percentuale di Drg medici da reparti chirurgici divisi tra ricoveri ordinari e Day-Hospital- Anno 2006



2.5. Qualità clinica (Anna Bonini)

Ogni sistema sanitario persegue l'obiettivo di fornire prestazioni di elevata qualità nell'assistenza ai pazienti. Si fa riferimento in particolare alla componente professionale, sia riguardo all'adozione di tecniche strumentali e procedure diagnostiche, sia in base alla tempestività della prestazione, che secondo la correttezza di esecuzione della stessa, in relazione alle evidenze scientifiche e alla condivisione con i professionisti.

Si considerano inoltre fattori quali la modalità, le complicanze e le riammissioni, come indicatori di esito per valutare i risultati ottenuti dall'assistenza sanitaria in termini di salute del paziente.

Nello specifico l'albero si compone di diversi sottoindicatori, che intendono essere significativi ma non esaustivi rispetto all'ampia tematica.

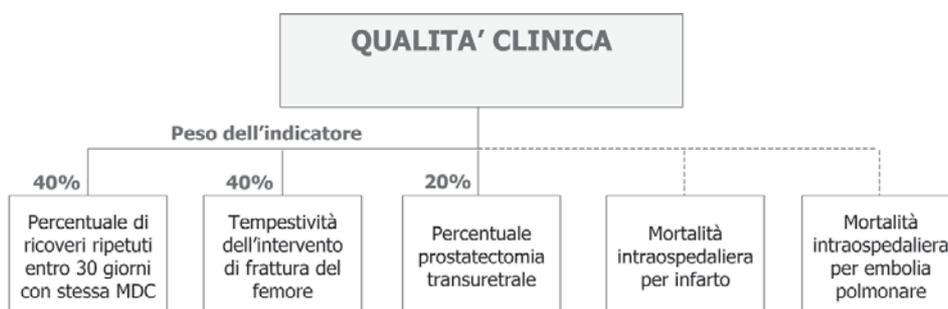


FIG. 24. Albero della qualità clinica

I primi tre sottoindicatori sono oggetto di valutazione, mentre gli altri due, relativi ai tassi di mortalità intraospedaliera, non sono oggetti di valutazione, ma vengono inclusi come indicatori di riferimento.

Le Aziende Ospedaliero-Universitarie, proprio per la loro natura e missione diversa dalle aziende territoriali, sono valutate tramite tre ulteriori sottoindicatori, individuati dai Direttori dei Dipartimenti ad Attività Integrata delle quattro Aziende Ospedaliero-Universitarie toscane:



- percentuale di utilizzo di una mammaria nel by-pass
- percentuale di riparazione della valvola mitrale
- percentuale di ventilazione meccanica non invasiva

Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con la stessa MDC

L'indicatore in questione misura la qualità delle prestazioni erogate verificando quanti pazienti rientrano in ospedale in un breve lasso di tempo per lo stesso motivo di salute, ipotizzando che il secondo ricovero possa essere dovuto a una carenza nelle cure prestate nel primo ricovero. In concreto, si considerano i pazienti che vengono dimessi in entrambi i ricoveri con la stessa MDC³, ovvero lo stesso raggruppamento di DRG, supponendo in tal modo che i due eventi di ricovero siano clinicamente legati; l'intervallo temporale stabilito tra la dimissione del primo ricovero e l'ammissione al secondo, affinché si ritenga ripetuto un ricovero, è di 30 giorni. Sono esclusi dal conteggio i pazienti trasferiti da un'Azienda ad un'altra. Il ricovero ripetuto viene attribuito all'Azienda in cui avviene il primo ricovero; nel caso ne avvenga un terzo, sempre entro 30 giorni dal primo, esso è attribuito all'Azienda che ha effettuato il secondo. Per approfondimenti, specifici criteri di esclusione sono riportati nella scheda di costruzione dell'indicatore.

Per l'anno 2006, le aziende territoriali riportano valori che variano tra il 4,9%, la migliore performance, e il 6,6%, con un valore medio regionale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso motivo di salute che si attesta sul 5,87%.

La maggior parte delle aziende migliorano la loro performance sull'indicatore in questione, ad eccezione di due aziende territoriali, che invece mostrano un aumento, seppur contenuto, della percentuale di ricoveri ripetuti. Tutte le Aziende Ospedaliero-Universitarie presentano una diminuzione, abbastanza marcata in alcuni casi. Il valore medio regionale, complessivamente, migliora leggermente, passando dal 6,11% del 2005 al 5,87% del 2006.

³ Major Diagnostic Category (Categoria Diagnostica Principale).



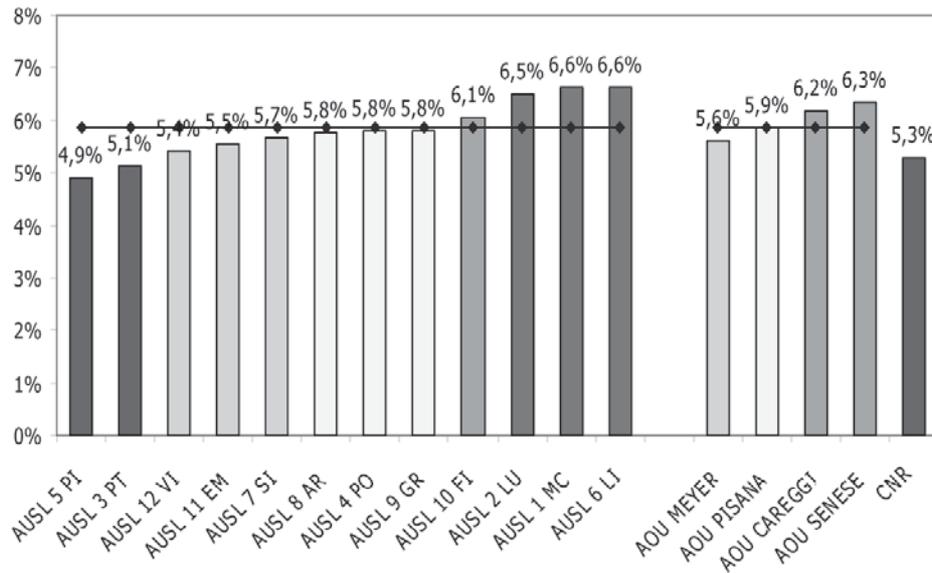


FIG. 25. Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni - Anno 2006

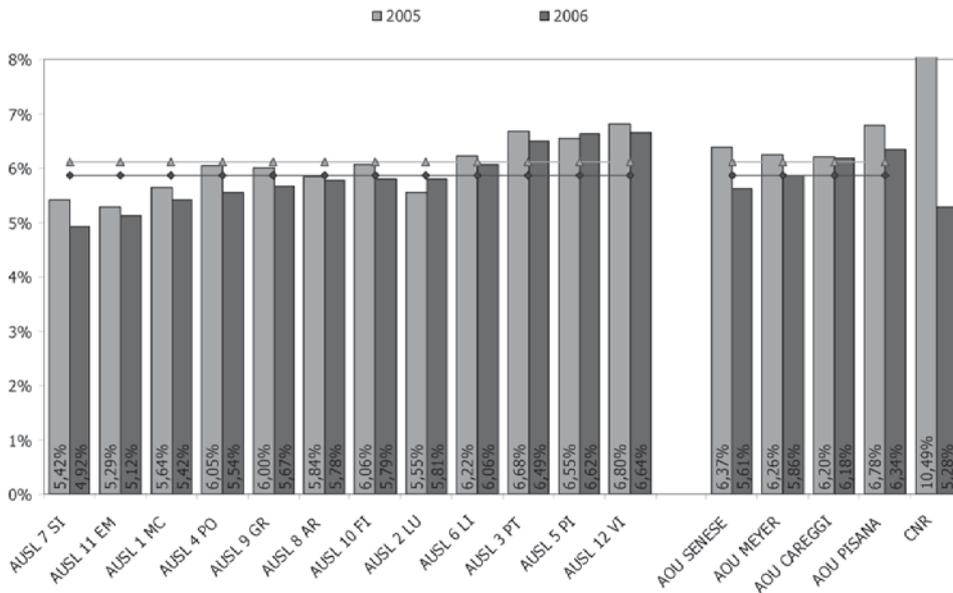


FIG. 26. Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni - Trend 2005 - 2006

Il fenomeno dei ricoveri ripetuti è stato analizzato più nel dettaglio scomponendo l'indicatore per MDC, per analizzare le diverse tipologie di patologie. Di seguito sono riportate le elaborazioni sulle due MDC che presentano i valori regionali più elevati, ovvero la *MDC 05-Malattie e disturbi dell'apparato*



cardiocircolatorio e la MDC 07-Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas, con percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni a livello regionale rispettivamente di 9,24% e 10,02%. Mentre nella MDC 05 la variabilità tra le aziende è presente ma in maniera contenuta, con valori delle aziende territoriali che oscillano tra l'8,35% e l'11,14%, per quanto riguarda la MDC 07 si riscontra una marcata variabilità tra le aziende, da 7,27% a 18,56%. In entrambe le MDC, comunque, le Aziende Ospedaliero-Universitarie mostrano valori inferiori alla media regionale.

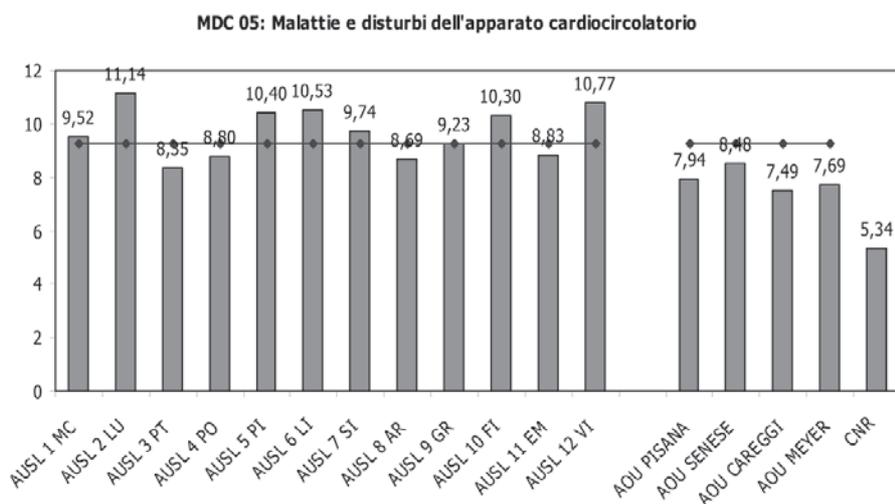


FIG. 27. Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per la MDC 05 - Anno 2006

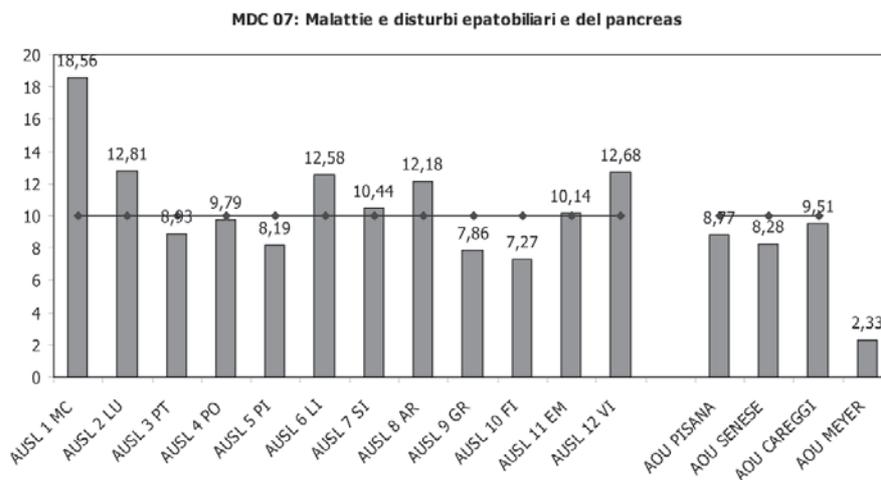


FIG. 28. Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per la MDC 07 - Anno 2006



Percentuale di fratture del femore operate entro due giorni dall'ammissione

L'intervento di endoprotesi dell'anca riguarda il rifacimento esclusivo della testa del femore in conseguenza ad una frattura, normalmente in persone anziane; questo rende conto della proporzione dei casi incidenti a favore della donna (osteoporosi). La tempestività con cui viene effettuato l'intervento è una determinante del recupero funzionale dell'individuo; ovvero, prima il paziente viene operato, minore sarà la probabilità di effetti negativi, da un'eventuale disabilità fino al decesso. La Regione Toscana, in linea con la letteratura internazionale, stabilisce nel PSR 2005-2007 che la prestazione in esame deve essere garantita entro un tempo massimo di 24-48 ore dalla frattura del femore.

Sulla base di tali elementi, l'indicatore si calcola come percentuale di interventi di endoprotesi dell'anca effettuati entro 2 giorni dal ricovero; l'obiettivo regionale è posto all'80%, considerando quei casi in cui il paziente necessita di essere stabilizzato prima di procedere con l'operazione.

Si riscontrano notevoli differenze tra le aziende, con valori che vanno dal 9,3% al 53,6%; le aziende ospedaliero-universitarie, non superando il 24%, registrano percentuali più basse della maggior parte delle aziende territoriali. Le aziende sono ben lontane dal raggiungimento dell'obiettivo regionale dell'80%, per cui nessuna ha ottenuto una valutazione di performance ottima o buona.

Il trend dal 2005 al 2006 presenta una situazione eterogenea, con miglioramenti in alcune aziende e peggioramenti in altre. Si riscontrano invece diminuzioni della tempestività dell'intervento in due delle tre Aziende Ospedaliero-Universitarie. Complessivamente, a livello regionale, la percentuale di interventi effettuati entro i 2 giorni aumenta lievemente, dal 27,47% al 29,63%.



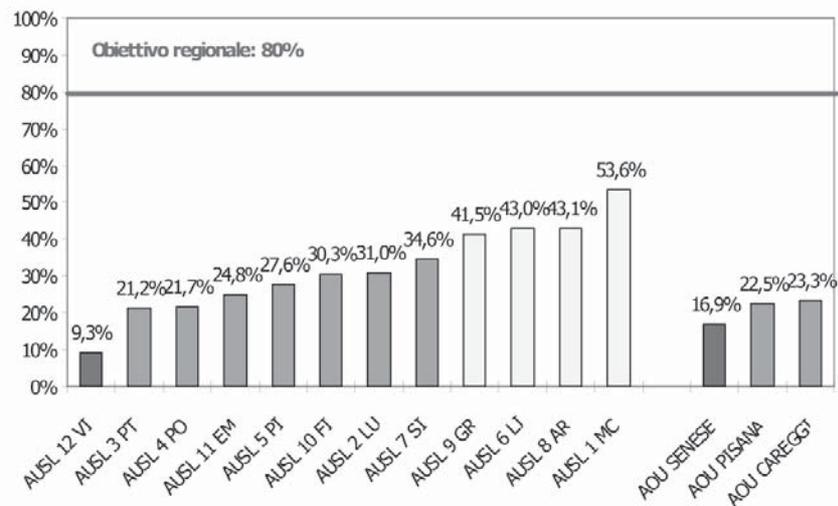


FIG. 29. Percentuale di fratture del femore operale entro 2 giorni - Anno 2006

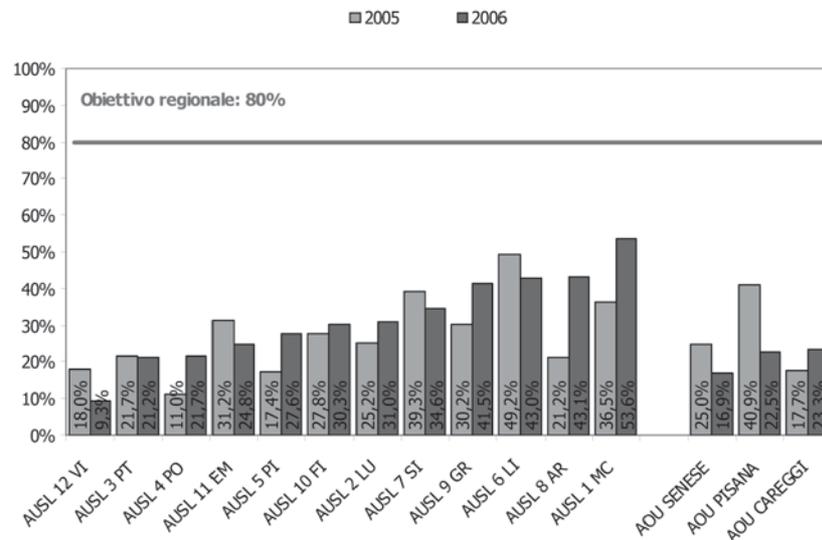


FIG. 30. Percentuale di fratture del femore operale entro 2 giorni - Trend 2005 - 2006

3. La valutazione dei servizi territoriali (Barbara Lupi)

Efficacia delle attività territoriali

Alla promozione del territorio come sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari è stato





dedicato uno dei dieci progetti strategici per il cambiamento del sistema del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. Il Piano rivendica per la medicina generale e per la pediatria di base un ruolo centrale nell'assistenza ai malati, in grado di garantire, tra l'altro, la corretta erogazione dei LEA, la continuità assistenziale, una gestione più appropriata delle prestazioni specialistiche e l'attivazione di percorsi diagnostici e terapeutici omogenei. I principi ispiratori dell'assistenza di primo livello erano già presenti nella Dichiarazione di Alma Ata del lontano 1978: «Le cure primarie rappresentano il primo livello di contatto degli individui e delle comunità con il Servizio sanitario. Il loro ruolo è di avvicinare il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove la popolazione vive e lavora».

Anche il Piano Sanitario Regionale della Toscana 2005-2007 pone molta attenzione alla medicina territoriale, dedicando, come nuovo modello organizzativo territoriale, uno dei dodici progetti speciali alle unità di cure primarie.

È stato dunque inserito nel sistema di valutazione un indicatore per la valutazione indiretta dell'efficacia sanitaria delle attività territoriali. Si ricorre a misure indirette basate sui flussi ospedalieri, non esistendo, al momento, un sistema informativo, uniforme tra le AUSL toscane, che rilevi in maniera sistematica le attività del territorio. L'indicatore è costituito da otto sottoindicatori di cui i primi tre, che sono oggetto di valutazione, misurano il grado di ospedalizzazione per patologie croniche, per le quali è necessario un modello di assistenza territoriale che permetta di evitare, non solo che le persone si ammalino, ma anche che chi è già malato non vada incontro a ricadute, aggravamenti e disabilità. Un sistema che sia adatto a malattie che non guariscono e che devono essere seguite sul territorio, adeguatamente attrezzato, in grado di contenere il numero di pazienti che arrivano alla fase acuta, riducendo, in tal modo, la loro ospedalizzazione. Seguono poi, sempre soggetti a valutazione, il tasso di ricovero per polmonite, che considera una patologia acuta, ma facilmente controllabile a livello territoriale con un buon funzionamento della medicina di base e corrette campagne vaccinali sulla popolazione a maggior rischio, e il tasso di ricovero con degenza superiore ai 30 giorni, inserito al fine di individuare gli eventuali ricoveri sociali. Sono infine





presenti il tasso di concepimenti per le minorenni, che misura una delle attività dei consultori, e due indicatori relativi alla salute mentale.

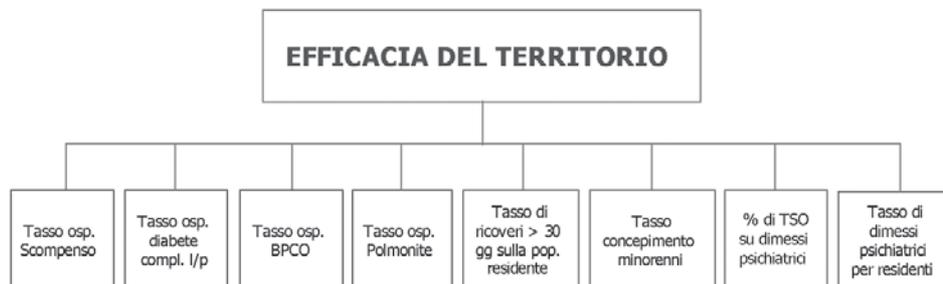


FIG. 31. Albero dell'efficacia del territorio

Le patologie croniche

L'aumento costante del numero di malati cronici negli ultimi decenni rappresenta sempre più una sfida per i sistemi sanitari. Le malattie croniche sono oggi responsabili dell'86% dei decessi in tutta Europa⁴. Secondo il rapporto *Health at a glance 2007*, pubblicato il 13 novembre dall'OCSE, i paesi aderenti presentano criticità nella prevenzione e nel trattamento delle patologie croniche. Patologie come lo scompenso cardiaco e il diabete con un livello di cure non sempre ottimale, pesano sempre più sui costi sanitari. È il risultato di sistemi sanitari concepiti in un'epoca in cui si mirava essenzialmente alla cura delle patologie acute, in particolare delle malattie infettive, che richiedono un trattamento di breve durata ma intenso. Tali sistemi sono meno adeguati ai bisogni di chi soffre di malattie croniche che richiedono monitoraggi continui ed educazione sanitaria. Per colmare questa carenza, in un gran numero di paesi sono attualmente in corso sperimentazioni di formule innovative per la gestione delle cronicità. Nella letteratura statunitense ricorre spesso l'appello a ricostruire il sistema sanitario, con riferimento alla necessità di rafforzare il sistema delle cure primarie. La stessa *Annals of Internal Medicine* in un articolo

⁴ Prevention chronic diseases, OMS 2005.





del 2005 afferma che le cure primarie rappresentano una componente essenziale di un sistema sanitario nazionale, erogando l'assistenza sanitaria alla popolazione con equità ed efficienza [Ferrer *et al.* 2005]. Tale affermazione è corroborata da una serie di studi internazionali comparativi, condotti negli ultimi venti anni, i quali dimostrano che Paesi con robusti sistemi di cure primarie hanno tassi più bassi di mortalità prematura, di mortalità per condizioni curabili, di mortalità neonatale e postneonatale [Starfield 1992; Macinko *et al.* 2003].

In Europa oggi sul tema della cronicità si stanno sperimentando percorsi di *disease management*, almeno per le principali forme, quali diabete, BPCO⁵ e scompenso cardiaco, che da sole si stima assorbano il 70% dei costi delle cronicità. Il pregio di questi modelli, oltre ad aumentare *compliance* e soddisfazione dei pazienti, è quello di definire un modello organizzativo fondato sulla presa in carico degli stessi, razionalizzandone il percorso di cura [Rapporto CEIS 2007].

Fra i più recenti modelli gestionali per la cura dei pazienti cronici, che si propongono di ridisegnare il sistema delle cure primarie, si evidenzia il *Chronic Care Model* elaborato dal prof. Ed Wagner, direttore del MacColl Institute for Healthcare Innovation. Tale modello è stato originalmente sperimentato presso la Group Health Cooperative di Seattle ed è frutto di una revisione della letteratura e delle evidenze scientifiche effettuata da un panel di esperti statunitensi. Come obiettivo finale il *Chronic Care Model* vede un paziente informato che interagisce con un team preparato e proattivo, con lo scopo di ottenere un'assistenza di alta qualità, un'utenza soddisfatta e miglioramenti nello stato di salute della popolazione [Maciocco e Roti 2006].

I principali fattori di rischio, come l'ipertensione, l'obesità, livelli elevati di colesterolo e glicemia, sono modificabili mediante interventi, in ambito sociale, mirati a promuovere la competenza dei cittadini a conservare e migliorare la propria salute. La prevenzione e la terapia delle malattie croniche

⁵ Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva





rappresentano strumenti fondamentali per assicurare alla popolazione una vita più lunga ed un invecchiamento in buona salute. Il sistema sanitario Toscano collabora con le altre istituzioni del territorio e con le associazioni dei cittadini e dei consumatori, soprattutto a livello di comunità locale, producendo informazione e formazione a tutti i livelli, e promuovendo strutture ed occasioni di consiglio e appoggio per una vita sana.

I tre indicatori, riportati nell'albero del territorio, relativi ai tassi di ospedalizzazione per le patologie croniche - scompenso cardiaco, complicazione del diabete a lungo termine e BPCO - sono presenti nella guida Prevention Quality Indicators dell'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), ed adottano la stessa metodologia di calcolo.

Il primo indicatore misura il *tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco* per la popolazione ultrasessantacinquenne. La prevalenza dello scompenso cardiaco è andata progressivamente aumentando in relazione all'aumento dei soggetti anziani e al miglioramento dei risultati di sopravvivenza per le malattie cardiovascolari. Per tale patologia cronica è possibile evitare il ricovero, limitandolo ai casi più complessi, attraverso il ricorso ad interventi di assistenza territoriale. In tal senso, il numero di ricoveri potenzialmente prevenibili potrebbe essere espressione dell'inadeguatezza territoriale nel gestire il paziente con scompenso cardiaco e nel tutelare dall'insorgenza di complicazioni. Va tuttavia considerato che, trattandosi di una malattia cronico degenerativa, un certo numero di ospedalizzazioni possono essere adeguate per i casi più gravi e complessi, e che quindi una stima più precisa del livello di appropriatezza dei servizi territoriali potrebbe essere ottenuta integrando le informazioni derivate dall'indicatore con indicazioni relative alle complessità dei casi trattati.

Secondo quanto riportato nelle linee guida *Management of chronic heart failure 2007*, un approccio per migliorare l'educazione del paziente con interventi strutturati, avvalendosi di professionisti dedicati, assicura risultati migliori della tradizionale auto-cura e aderenza alle prescrizioni mediche [Jaarsma *et al.* 1999]. Pertanto, in considerazione



dell'andamento cronico e progressivamente invalidante dello scompenso cardiaco, per gli operatori sanitari sarebbe opportuno seguire modelli di gestione integrata del paziente a livello di assistenza primaria, ottimizzando in tal modo l'utilizzo delle risorse umane ed economiche disponibili per garantire la qualità e la continuità delle cure. L'attuazione dei programmi di istruzione-educazione dei pazienti e dei loro familiari, delle strategie di prevenzione, diagnosi e cura, dei soggetti ad alto rischio di sviluppo di scompenso cardiaco e/o quelli in fase pre-clinica, la continuità assistenziale dei pazienti in fase di instabilità della malattia, possono trovare nella medicina di famiglia il setting più consono per la ricerca delle risposte appropriate [Rapporto Osservasalute 2004].

L'indicatore del tasso di ospedalizzazione per scompenso viene calcolato rapportando il numero di ricoveri per scompenso alla popolazione residente di ogni Azienda sanitaria toscana.

Il tasso presenta un andamento omogeneo fra le Aziende che si posizionano sulle prime tre fasce di valutazione, fatta eccezione per due Aziende che presentano valori più elevati; nel caso di Prato si raggiungono addirittura valori di ospedalizzazione doppi rispetto all'obiettivo medio regionale – posto a 1.484 ricoveri per 100.000 residenti.

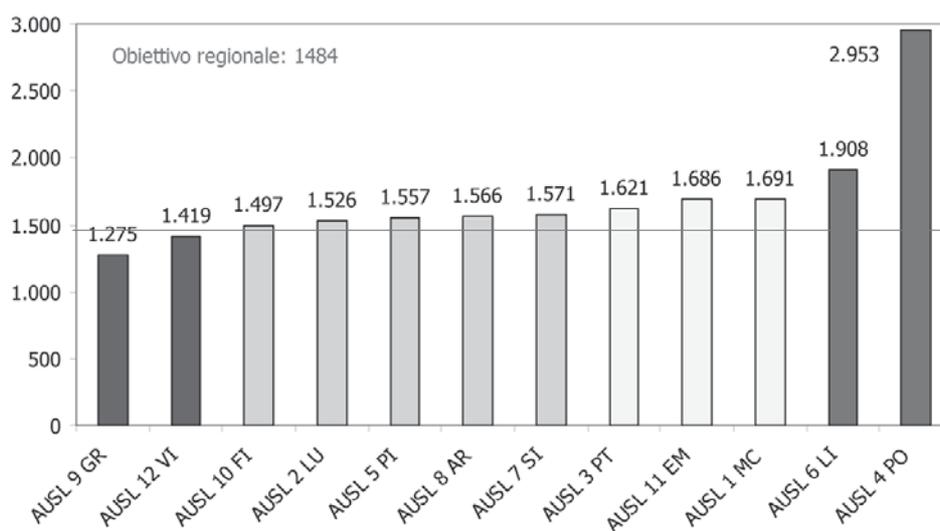


FIG. 32. Tasso di ricovero per scompenso cardiaco - Anno 2006

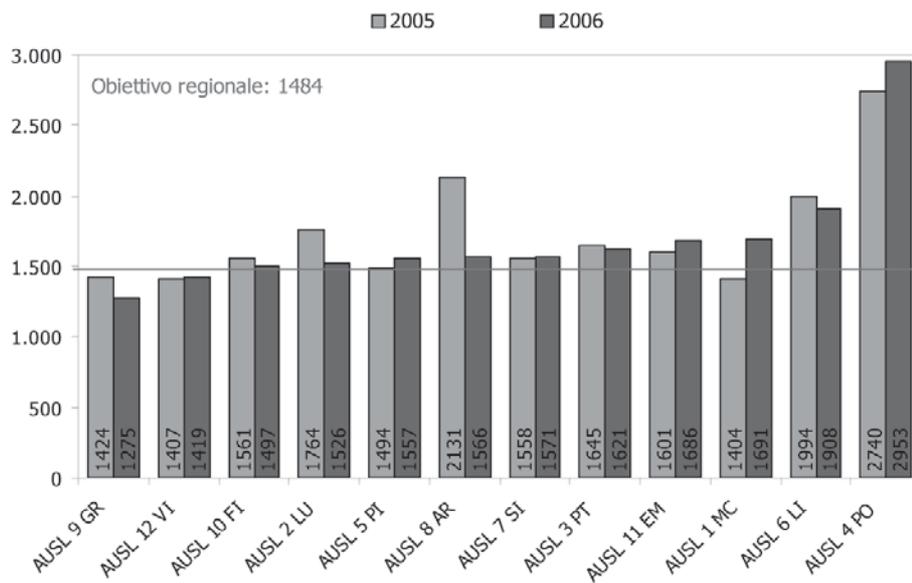


FIG. 33. Tasso di ricovero per scompenso cardiaco - Trend 2005 - 2006

Il secondo sottoindicatore è relativo al tasso di ospedalizzazione per diabete con complicazioni a lungo termine.

Il *diabete* è una malattia con un elevato impatto sociale e alti costi sanitari, è una condizione cronica, senza cura risolutiva, che, se non viene trattata adeguatamente, può comportare numerose complicanze sia nel breve che nel lungo periodo. In particolare, per quanto riguarda le conseguenze a lungo termine, il diabete causa diverse complicanze invalidanti che coinvolgono principalmente il sistema cardiovascolare, la retina, i reni, il sistema nervoso periferico, in quanto l'aumento di concentrazione di glucosio nel sangue nel lungo periodo può danneggiare diversi distretti dell'organismo – in particolare vasi sanguigni e nervi. Fino a poco tempo fa questa malattia colpiva soprattutto gli adulti. I primi casi di diabete di tipo 2, fra i giovani sono stati riscontrati negli anni Settanta negli Stati Uniti. Quindici anni fa meno del 3% di tutti i nuovi casi di diabete nei bambini e negli adolescenti era diabete di tipo 2, mentre ora arriva fino al 45%. Gli studi successivi condotti in Asia e in Europa hanno mostrato un andamento simile e, più di recente, si è registrato un aumento crescente dei casi di diabete di tipo 2 in tutto il mondo [Pinhas-Harniel e Zeitler 2005].





Laddove sia presente un'adeguata assistenza territoriale, esiste la possibilità, attraverso l'integrazione delle attività di prevenzione, diagnosi e cura, di esaurire il percorso assistenziale del paziente diabetico all'interno della rete dei servizi territoriali, limitando il ricorso al ricovero ospedaliero solo a casi particolari. Pertanto, il tasso di ricovero per diabete può essere considerato una variabile *proxy* dell'appropriatezza organizzativa dei servizi assistenziali territoriali.

La gestione del paziente diabetico deve prevedere l'organizzazione di programmi di *counseling* individuale, volto al controllo dell'alimentazione e all'educazione del paziente nei confronti dei migliori stili di vita da adottare. Il Medico di Medicina Generale svolge in tal senso un ruolo centrale, affiancando alla funzione educativa anche il controllo del trattamento e il monitoraggio delle eventuali complicanze, al fine di ridurre i ricoveri ordinari dovuti ad uno scompenso, a complicanze o addirittura alla prima diagnosi della malattia. La condivisione di Linee Guida cliniche, profili assistenziali da parte di Medici di Medicina Generale e Specialisti e l'aggregazione in forme associate dei professionisti, contribuiscono ad attuare un sistema di gestione integrata della malattia, che può tradursi in uno sviluppo extra ospedaliero di pratiche di Day-Service [Rapporto Osservasalute 2004].

Il *tasso di ospedalizzazione per diabete*, che è soggetto a valutazione, prende in considerazione esclusivamente i casi di diabete *con complicazioni a lungo periodo*, mirando in tal modo a circoscrivere l'analisi sui pazienti che, con un'efficace azione preventiva, dovrebbero evitare il ricorso al ricovero per conseguenze cliniche che si possono sviluppare nel corso del tempo. L'indicatore per complicanze a lungo termine indica, infatti, il grado di appropriatezza organizzativa di un sistema integrato medicina generale/medicina specialistica ambulatoriale a garanzia della continuità assistenziale. Si considera esclusivamente la popolazione maggiorenne residente in ciascuna AUSL.

Le Aziende sanitarie toscane presentano una notevole disomogeneità nei valori di ospedalizzazione: si va, infatti, da 14,3 a 49,1 ricoveri per 100.000 residenti. Nel 2006 solo





due Aziende hanno raggiunto l'obiettivo regionale di 21 ricoveri per 100.000 residenti, e altre quattro ci si avvicinano ottenendo una buona performance.

A livello regionale i valori si mantengono mediamente stabili fra il 2005 e il 2006, nonostante importanti variazioni in positivo e negativo per le singole Aziende. Tali variazioni possono in parte dipendere dai volumi ridotti del numero di ricoveri.

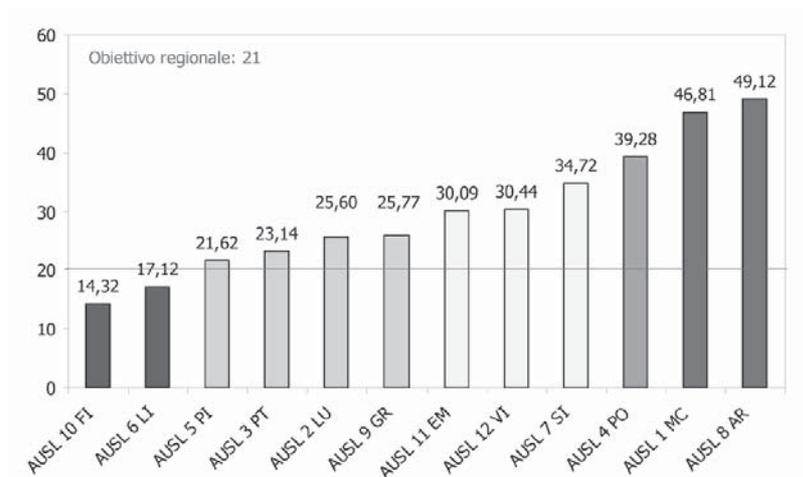


FIG. 34. Tasso di ricovero per diabete con complicazioni a lungo periodo - Anno 2006

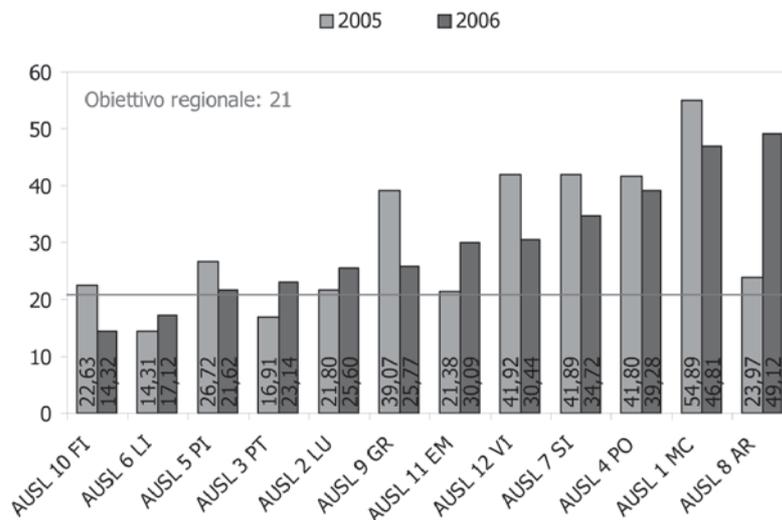


FIG. 35. Tasso di ricovero per diabete con complicazioni a lungo periodo - Trend 2005 - 2006





Per una valutazione complessiva del fenomeno e per l'indicazione di specifiche priorità di intervento da operare nel territorio e nell'integrazione ospedale-territorio, i tre indicatori relativi al tasso di ospedalizzazione per diabete – con complicazioni a breve e lungo termine e non controllato – devono essere letti nel loro insieme (fig. 36). La vocazione specialistica del trattamento del diabete può essere utilmente rappresentata anche al di fuori del contesto ospedaliero con una forte integrazione tra medicina generale, specialistica ambulatoriale e specialistica ospedaliera. Tutte queste componenti devono essere corresponsabilizzate per la riduzione dei livelli di inappropriately organizzativa evidenziati attraverso il set di indicatori. L'indicatore per complicanze a breve termine, infatti, fornisce informazioni sull'appropriatezza organizzativa dell'assistenza primaria per quanto riguarda soprattutto il ruolo della medicina generale nell'*iniziativa* e nel *tutoraggio* negli stili di vita quotidiana verso i pazienti assistiti. L'indicatore per diabete mellito non controllato completa il quadro informativo in merito all'integrazione dei servizi territoriali [Rapporto Osservasalute 2004]. Si riporta pertanto di seguito la composizione del tasso di diabete globale suddiviso nelle diverse tipologie.

Il maggiore ricorso al ricovero ospedaliero avviene per le complicazioni a lungo termine del diabete; importante, ma più limitato numericamente, il ricorso al ricovero per diabete non controllato.

Il terzo sottoindicatore riguarda il tasso di ospedalizzazione per Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), una malattia infiammatoria dell'apparato respiratorio, progressiva e solo parzialmente reversibile. Interessa prevalentemente la popolazione anziana, di cui, nelle forme più severe, compromette pesantemente la qualità di vita [GOLD Workshop Report 2003]. La BPCO è la quarta causa di morte fra gli adulti negli Stati Uniti, e l'OMS stima che sarà la terza causa di morte sia per gli uomini che per le donne entro l'anno 2020 [Petty 2003]. Inoltre la BPCO è una delle cause principali di ospedalizzazione specialmente nelle popolazioni più anziane [Mannino 2002]. Come evidenziato in Holguin *et al.* [2005], i ricoveri che nella



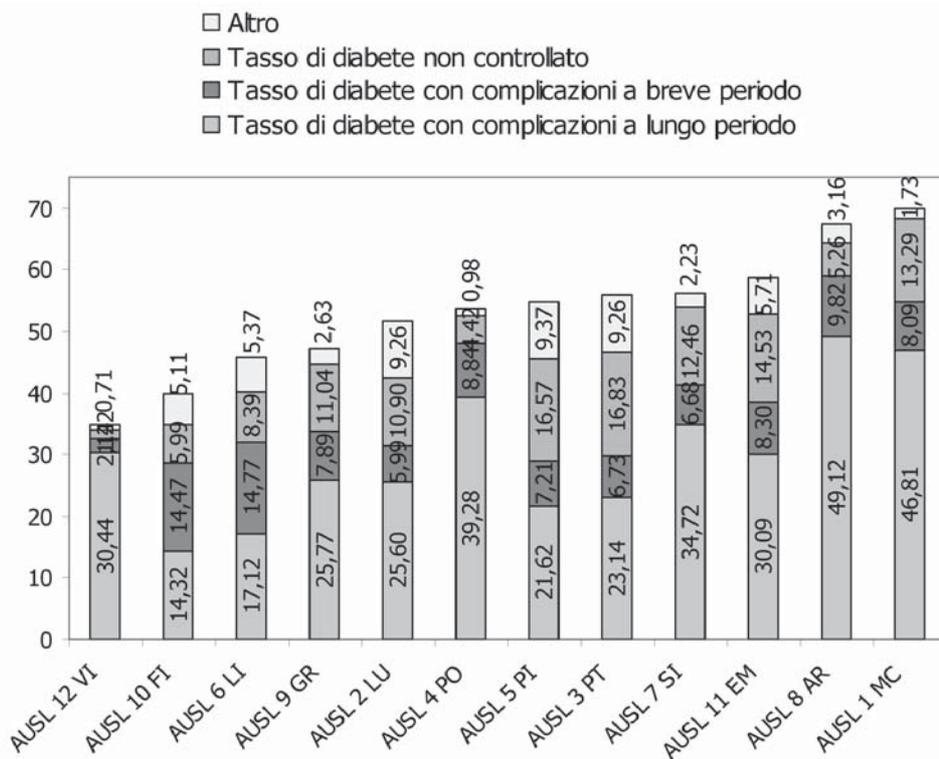


Fig. 36. Composizione del tasso di ricovero per diabete - Anno 2006

diagnosi di dimissione presentano riferimenti alla BPCO sono associati a un'ospedalizzazione con degenza più lunga e a mortalità intra-ospedaliera a carico di altre patologie. Tali risultati mettono in luce che la complessità e l'onere di altre malattie associate alla BPCO sono probabilmente sottostimate. Infatti, nonostante la prevalenza di BPCO sia aumentata nel corso degli ultimi 20 anni [Mannino *et al.* 2002], raramente è menzionata come causa di morte o come fattore che contribuisce ad alzare il tasso di mortalità in pazienti con altre patologie [Camilli *et al.* 1991; Mannino *et al.* 1997]. Tuttavia, negli ultimi anni, numerosi studi ne hanno documentato la crescente rilevanza clinica, economica e sociale [Dal Negro *et al.* 2003; Price e Duerden 2003]. Al tempo stesso viene rilevata la scarsa disponibilità di stime affidabili sulla prevalenza e incidenza della patologia, così come la mancanza di criteri diagnostici univoci e di riferimento [Halbert *et al.* 2003; David e Mannino 2003].





Il 4 Aprile 2001 è stato lanciato a livello internazionale un'importante programma sanitario intitolato *Global Initiative on Obstructive Lung Diseases* (GOLD), che riguarda la broncopneumopatia cronica ostruttiva. Il progetto si propone la divulgazione ed implementazione delle Linee guida per la Diagnosi, prevenzione e trattamento delle broncopneumopatie croniche ostruttive. Inoltre, in questi ultimi anni, sono state definite le Carte del rischio respiratorio, frutto di una ricerca multicentrica, e coordinate dall'Istituto Superiore di Sanità insieme all'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa e al Dipartimento di Epidemiologia dell'ASL RME di Roma, che si propongono come uno strumento di educazione sanitaria ed hanno lo scopo di fornire al medico e al cittadino una stima quantitativa sia del rischio di sviluppare determinate patologie respiratorie in presenza di date condizioni, sia dei benefici derivanti da variazioni di una o più componenti delle stesse. Questo nuovo strumento rappresenta in Italia un'iniziativa unica nel suo genere e la sua importanza risulta evidente se solo si pensa che proprio il fumo, in Italia come in tutti i paesi industrializzati è la principale causa evitabile di morbosità e mortalità.

La BPCO è, ad oggi, una patologia sottodiagnosticata, spesso, trattata solo nelle fasi avanzate, ed appare un problema rilevante anche tra giovani adulti. L'elevata prevalenza di fumatori al di sotto dei 45 anni di età, registrata a livello mondiale, sottolinea la necessità di migliorare la qualità della prevenzione [Scognamiglio *et al.* 2003].

I dati relativi all'anno 2000 hanno mostrato che il 20,6% delle dimissioni, nel nostro paese, per patologie respiratorie – vale a dire 126.927 casi – è stato codificato con il DRG 88, corrispondente alla BPCO. Tali ricoveri hanno comportato un totale di 1.159.995 giornate di degenza, con una degenza media di 9,4 giorni [Ministero della salute-Ricoveri Ospedalieri 2000]. In realtà, questo dato può essere sottostimato, in quanto molti ricoveri per BPCO sono classificati sotto altri DRG: ad esempio le riacutizzazioni sono spesso classificate con il DRG che identifica l'insufficienza respiratoria.

Per le broncopneumopatie cronic-ostruttive, come per molte malattie cronic-degenerative, non avendo a disposizione farmaci risolutivi, è di fondamentale importanza l'approccio preventivo,



e l'individuazione dei fattori di rischio. Altrettanto importante è l'aspetto educativo, che deve essere considerato parte integrante dell'intervento terapeutico, e che deve essere esteso anche al personale medico e sanitario – che risulta coinvolto direttamente in molti dei procedimenti preventivi e che, a tutt'oggi, almeno in Italia, non è adeguatamente preparato. È quindi possibile ridurre complicanze e riacutizzazioni, e ricorrere a trattamenti costosi mediante interventi di prevenzione e percorsi ottimali di diagnosi e trattamento. L'ambito assistenziale più appropriato per la gestione dei pazienti con BPCO è il territorio [Tockner *et al.* 2005].

Il tasso di ospedalizzazione per BPCO è calcolato rapportando il numero di ricoveri per BPCO alla popolazione residente con età superiore o uguale ai 65 anni, poiché per tale fascia di età sono stati riscontrati i tassi di prevalenza più elevati [Istituto Nazionale di Statistica 1999-2000].

Dal grafico riportato, relativo all'anno 2006, si evidenziano ampie difformità fra le Aziende sanitarie nel grado di ospedalizzazione per BPCO, con valori che variano da 214 a 831 ricoveri per 100.000 residenti. Il trend mostra un andamento decisamente positivo per tutte le Aziende, che dal 2005 al 2006 hanno visto una riduzione del tasso di ospedalizzazione a livello regionale da 613 a 440 ricoveri ogni 100.000 abitanti.

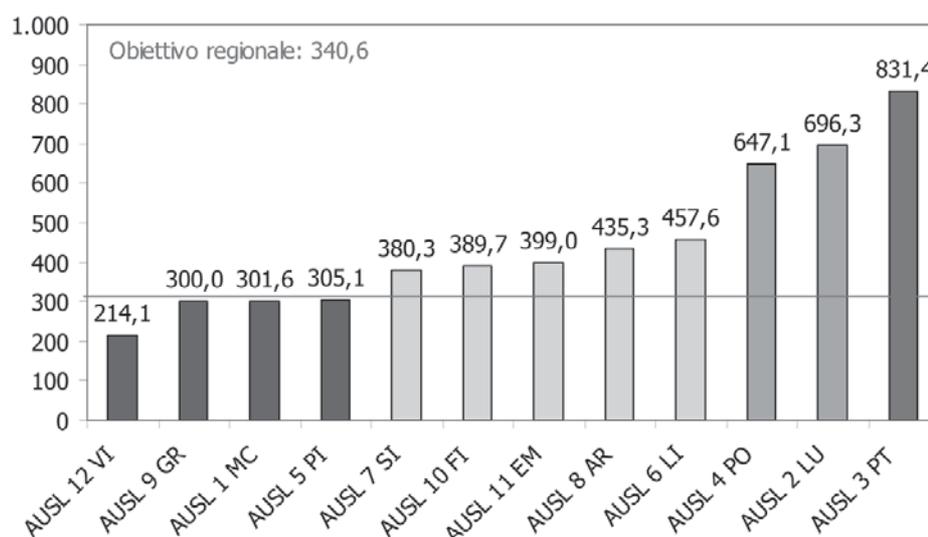


FIG. 37. Tasso di ricovero per BPCO - Anno 2006

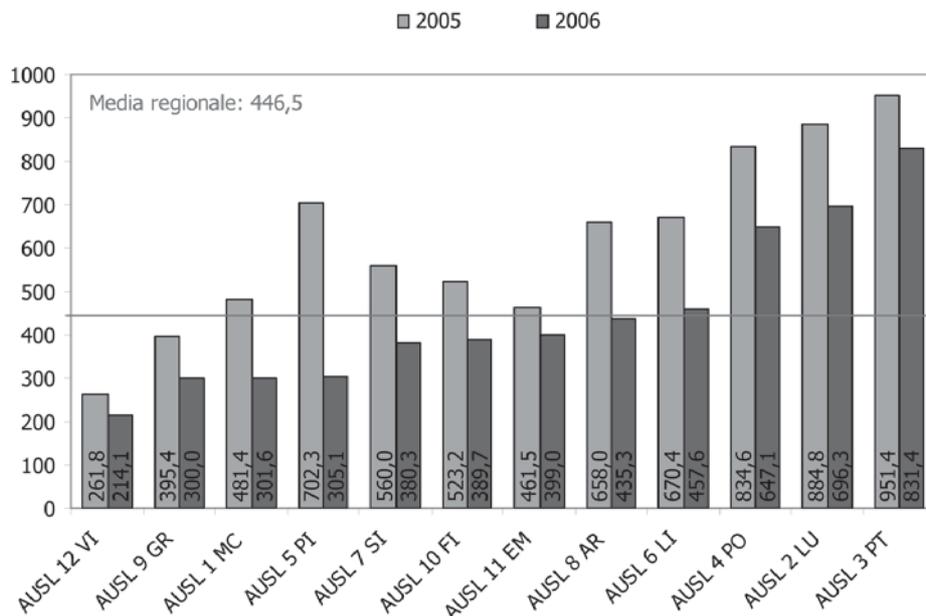


FIG. 38. Tasso di ricovero per BPCO - Trend 2005 - 2006

Tasso di ospedalizzazione per polmonite

Ai tassi di ricovero per patologie croniche, segue, fra gli indicatori relativi alle attività territoriali, il *tasso di ospedalizzazione per polmonite*, che risulta strettamente legato ai tre precedenti tassi, in quanto il rischio di ospedalizzazione per questa patologia è strettamente associato all'età e alla presenza di comorbidità [Jackson *et al.* 2004]. La polmonite è una malattia acuta relativamente frequente, che nonostante i progressi compiuti in campo diagnostico e terapeutico, è gravata da una mortalità non trascurabile e da costi elevati per diagnosi, per terapia, per mortalità prematura e per giornate perse di lavoro. Rappresenta però una patologia prevenibile e trattabile efficacemente nella maggior parte dei casi con terapia antibiotica a livello di assistenza primaria. Come per le altre patologie, il buon funzionamento del territorio è di cruciale importanza per evitare il ricovero di pazienti nella fase acuta della malattia. Protagonisti della prevenzione sono i medici di medicina generale insieme alle comunità locali, che dovrebbero prestare particolare





attenzione ai pazienti delle fasce di popolazione più fragili, quali gli anziani e i bambini, che più facilmente sono soggetti a malattie respiratorie [Rapporto Osservasalute 2004]. Come riportato in Fry *et al.* [2005], poiché in presenza di scompenso cardiaco, BPCO e diabete mellito il tasso di ospedalizzazione tende ad aumentare, gli sforzi per la prevenzione della polmonite dovrebbero comprendere misure atte a prevenire le condizioni di comorbidità e migliorare i programmi vaccinali per le persone anziane. Il basso numero di ricoveri ospedalieri per i residenti di un determinato territorio può essere, pertanto, una variabile proxy della misura dell'appropriatezza dell'assistenza primaria nel trattamento della patologia acuta.

L'indicatore considera i pazienti ultrasessantenni, ossia la fascia di popolazione che più spesso ricorre all'ospedalizzazione per tale patologia. Il tasso presenta, nel 2006, una notevole variabilità fra le AUSL, con valori che oscillano fra un minimo di 348 ricoveri per 100.000 residenti e un massimo di 754 ricoveri. Quasi tutte le Aziende nel 2006 hanno ridotto i ricoveri per polmonite rispetto all'anno precedente, provocando una riduzione della media regionale da 637 a 572 ricoveri per 100.000 residenti (fig. 39 – 40). Bisogna tenere presente che le differenze territoriali potrebbero essere determinate anche da una variazione dell'incidenza della polmonite nella popolazione, influenzando i tassi di ricovero. Ciononostante va sottolineato che l'assistenza primaria, che può assolvere sia alla funzione preventiva che diagnostica e terapeutica, potrebbe assumere, nei confronti di soggetti considerati a rischio di polmonite batterica, il ruolo di promotore di campagne vaccinali attraverso l'esercizio della medicina d'iniziativa. La polmonite batterica, infatti, è spesso, in soggetti anziani e/o affetti da patologie croniche, una complicanza dell'influenza. Pertanto il differente tasso di copertura vaccinale antinfluenzale ed antipneumococcica, può determinare un'eterogenea incidenza della polmonite fra le varie Aziende Sanitarie.

Nel contesto toscano, però, si rileva che la correlazione tra il grado di copertura per vaccino antinfluenzale (B7 - Copertura vaccinale) e il tasso di ricovero per polmonite è



estremamente bassa - coefficiente di correlazione lineare pari a 0,21 -, per cui le differenze tra aziende nell'attitudine al ricovero per polmonite non sembrano dipendere dall'incidenza della patologia, quanto dalla gestione della stessa.

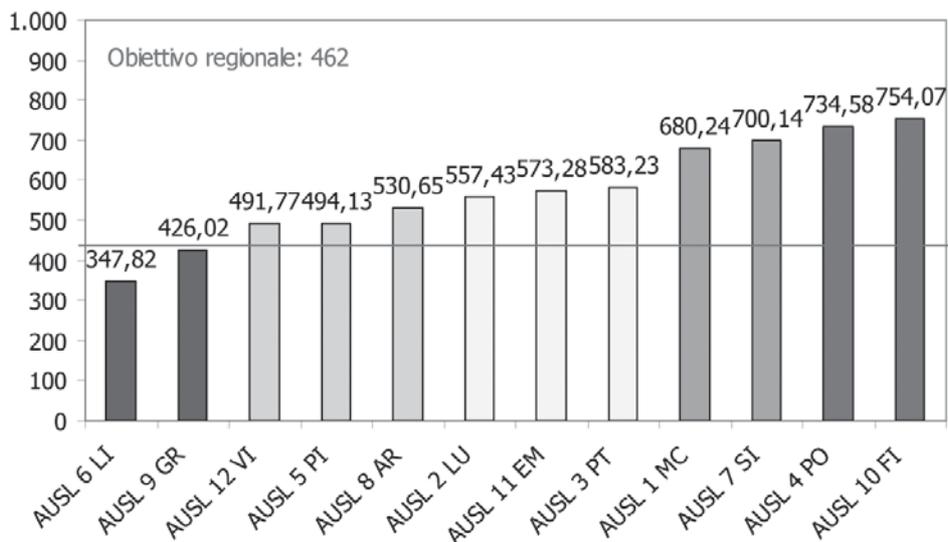


FIG. 39. Tasso di ricovero per polmonite - Anno 2006

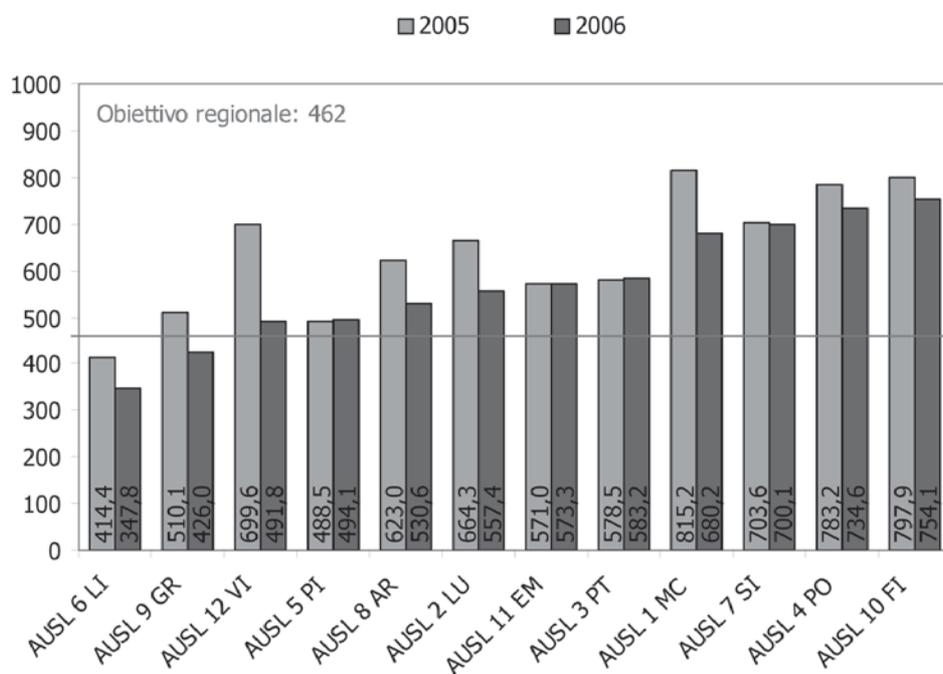


FIG. 40. Tasso di ricovero per polmonite - Trend 2005 - 2006



Percentuale di ricoveri con degenza oltre i 30 giorni

Altro indicatore di valutazione che permette di misurare indirettamente l'efficacia delle attività territoriali è la *percentuale di ricoveri con degenza oltre i 30 giorni* per la popolazione residente. Un elevato numero di ricoveri oltre i 30 giorni – depurati dalla casistica più complessa – evidenzia una scarsa organizzazione a livello territoriale per la gestione dei cosiddetti ricoveri sociali, che richiederebbero l'accoglienza dei pazienti non autosufficienti in strutture residenziali protette per un periodo di tempo predefinito e sulla base di un progetto assistenziale individualizzato.

Le RSA e le Case protette prevedono dei posti letto utilizzabili per i ricoveri temporanei, per garantire un periodo di riposo alle famiglie che scelgono di assistere l'anziano a casa e di non ricorrere al ricovero definitivo, oppure che improvvisamente non possono provvedere all'assistenza per motivi contingenti. Questo periodo, seppure limitato, può essere utile per svolgere attività di riattivazione, assicurare la vigilanza sanitaria e promuovere il recupero dell'anziano dopo un ricovero ospedaliero o garantire il mantenimento delle abilità funzionali.

Il Piano Sanitario Regionale 2005-2007 dedica uno dei 12 progetti speciali agli interventi di sorveglianza attiva a favore della popolazione anziana. Gli interventi proposti da tale progetto hanno lo scopo di favorire la permanenza di anziani non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza nella propria abitazione, ricorrendo al ricovero in ospedale o in RSA solo se realmente necessario. Per raggiungere gli obiettivi voluti è necessaria una stretta collaborazione tra ASL e Comuni, ma anche, all'interno dei servizi territoriali, tra Medici di medicina generale, servizi sociali e terzo settore.

Il monitoraggio della percentuale dei ricoveri con degenza superiore ai 30 giorni permette, appunto, di valutare indirettamente la capacità del territorio di evitare i cosiddetti ricoveri sociali; la Regione Toscana si pone come obiettivo di mantenerli sotto l'1% rispetto ai ricoveri totali. Solo due Aziende hanno raggiunto l'obiettivo, e altre quattro ci





si sono avvicinate notevolmente. Nel corso di un anno, dal 2005 al 2006, la percentuale si mantiene pressoché costante, calando di poco nel 2006, ma è interessante notare che le Aziende con performance peggiore hanno ridotto il numero di ricoveri con degenza superiore ai 30 giorni.

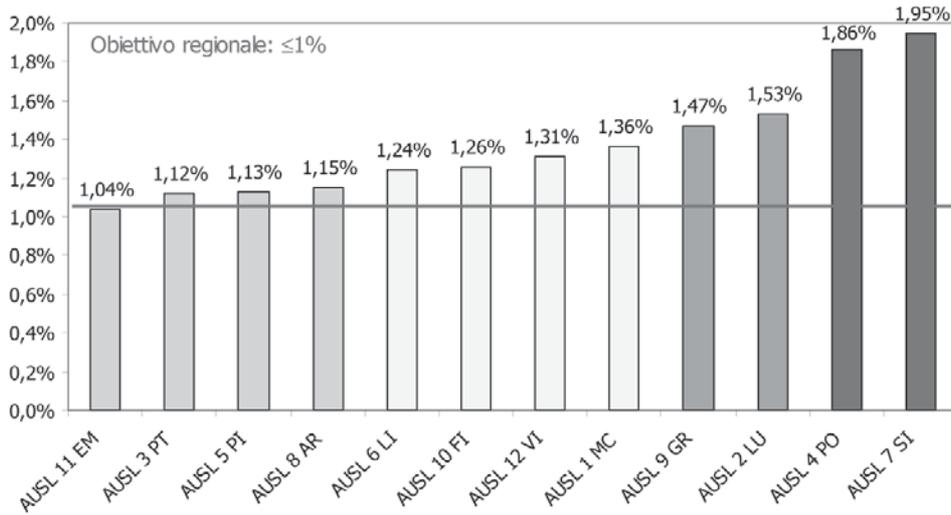


FIG. 41. Percentuale di ricoveri con degenza oltre i 30 giorni - Anno 2006

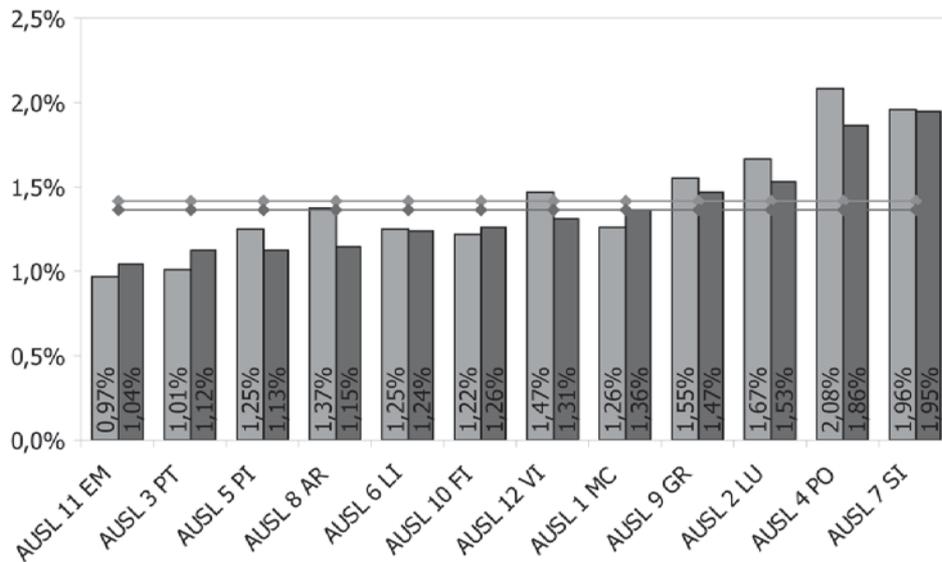


FIG. 42. Percentuale di ricoveri con degenza oltre i 30 giorni - Trend 2005 - 2006





Tasso di concepimento per minorenni

Il *tasso di concepimento per minorenni*, calcolato come somma dei parti, degli aborti spontanei e delle interruzioni volontarie di gravidanza delle minorenni sulla popolazione femminile minorenni residente nella AUSL, misura una delle attività consultoriali. I consultori adolescenti in Toscana sono presenti in 28 zone su 34: si può stimare che circa il 30-40 per cento dell'attività consultoriale è solitamente dedicato allo svolgimento di funzioni di consulenza per la procreazione cosciente e responsabile, mentre un altro 20-30 per cento è rivolto al percorso nascita e alla preparazione al parto. La stessa percentuale è rivolta alla prevenzione oncologica, mentre solo una quota inferiore al 10 per cento riguarda le certificazioni di Interruzione Volontaria di Gravidanza (Agenzia di informazione-G.R.T.).

I consultori familiari costituiscono una presenza capillare, conosciuta e significativa nell'ambito dell'assistenza materno-infantile, ma è forte la richiesta di una strategia più articolata in favore della famiglia, della coppia, del singolo e degli adolescenti, in un contesto di problematiche che risultano oggi strettamente connesse al tessuto sociale. A questo complesso sistema i consultori, inseriti in un rete territoriale di servizi, possono dare risposta positiva mediante lo sviluppo di équipes multiprofessionali e la strutturazione di percorsi di invio a servizi e professionisti del settore socio-sanitario, con un approccio che non sia esclusivamente sanitario ed ambulatoriale e che consenta l'interazione con le componenti sociali del territorio. (PSR Toscana, 2005-2007).

Salute mentale

Il quadro epidemiologico di questi ultimi anni, relativo alla popolazione che accede ai servizi di salute mentale, ha evidenziato il diffondersi di condizioni di malessere sociale e di disagio psichico sia nell'infanzia e negli adolescenti, sia nella popolazione adulta, con la conseguente necessità di coinvolgimento della medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Mediamente ogni anno si registrano in Toscana





circa 16.000 ricoveri per disturbi psichici, di cui circa la metà avviene nei reparti psichiatrici. Dal rapporto ISTAT 1999-2002 sull'ospedalizzazione psichiatrica si rileva che il tasso di ricoveri per disturbi psichici in Toscana nel 2002 è stato inferiore alla media nazionale. Già da lungo periodo la Toscana si è attivata con impegno nell'ambito dei servizi di igiene mentale, delle loro modalità organizzative e della loro funzione nell'ambito di servizi territoriali, delle strutture residenziali e semi-residenziali e della stessa ospedalizzazione per cause psichiche. Tale impegno è testimoniato dal ricco e complesso insieme di atti regionali al riguardo, sia normativi sia programmatori.

Al momento, nel sistema di valutazione sono presenti due sottoindicatori relativi alla salute mentale: *la percentuale di trattamento sanitario obbligatorio (TSO) per i dimessi psichiatrici e il tasso di dimessi psichiatrici per i residenti.*

4. *La valutazione dei percorsi assistenziali*

4.1. *Percorso Materno-Infantile (Barbara Lupi)*

La Regione Toscana in questi ultimi anni ha posto molta attenzione al percorso nascita, prevedendo molteplici iniziative di formazione e di confronto, al fine di migliorare i servizi e rendere questo percorso meno medicalizzato e più adeguato alle esigenze delle donne e dei nuovi nati. Il percorso materno-infantile è uno dei 12 progetti speciali del Piano Sanitario Regionale 2005-2007.

L'indicatore che riguarda il percorso nascita intende misurare la qualità sanitaria del percorso stesso tramite 7 sottoindicatori clinico-sanitari, scelti tenendo conto sia della bibliografia internazionale [Health Canada, Sutter Women's & Children's Services 2001], che della condivisione con le Aziende Sanitarie toscane. Di questi, i primi 5 indicatori sono oggetto di valutazione, mentre gli altri vengono forniti come ulteriori elementi di riflessione.



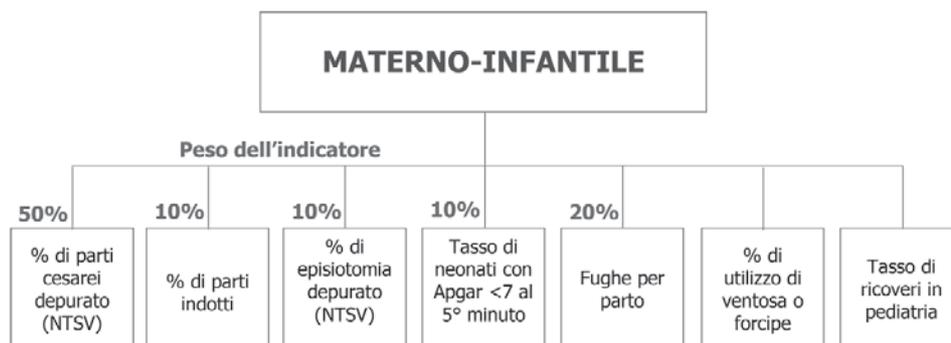


FIG. 43. Albero del percorso materno - infantile

Gli indicatori si basano sui dati contenuti nel flusso CAP, relativo ai Certificati di Assistenza al Parto, e a quelli del flusso SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera. Ai sottoindicatori di valutazione sono stati assegnati pesi diversi in base alla loro rilevanza, sia sanitaria che strategica, a livello regionale. Di seguito si illustra esclusivamente la percentuale di cesarei che ha il peso più cospicuo nella valutazione del percorso materno infantile pari al 50%.

La percentuale di cesarei grezza è comunemente l'indicatore più utilizzato per misurare la qualità dei servizi legati al percorso materno infantile. Si tratta di un dato che è facilmente reperibile con un alto grado di accuratezza – e generalmente a bassi valori di tale indicatore sono associati migliori risultati di performance della struttura ospedaliera. Nel 1985 l'OMS ha dichiarato che la percentuale di cesarei non deve superare il 10-15% [WHO 1985], ma ancora oggi il valore ottimale di tale percentuale rimane controverso.

A livello mondiale si osserva che nelle aree più sviluppate la percentuale di cesarei è aumentata, e l'attenzione si è focalizzata sulle strategie per ridurre il ricorso, in quanto alti valori non assicurano un vantaggio in termini di salute per madre e figlio, ma piuttosto aumentano i rischi per la madre, con un maggior ricorso al cesareo per le successive gravidanze, e implicano un non adeguato utilizzo delle risorse dei servizi sanitari [National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2004]. Nelle regioni in via di sviluppo, per contro, la mancanza di servizi sanitari





adeguati per il percorso materno infantile, o il loro accesso non equo per tutte le fasce della popolazione, corrispondono a uno scarso ricorso alla pratica del taglio cesareo, che insieme a una serie di altri fattori, predispongono a un'alta mortalità materna e perinatale [Weil e Frenandez 1999; Betrán *et al.* 2007].

L'ampia variabilità osservata fra le aree geografiche, e fra i punti nascita all'interno delle stesse aree geografiche, indica l'esistenza di incertezza clinica e la presenza di determinanti non medici del ricorso all'intervento [Thomas e Paranjothy 2001]. Il continuo incremento del parto cesareo registrato globalmente non può essere, infatti, spiegato da un contemporaneo aumento della frequenza di complicazioni ostetriche della gravidanza oppure della fase di travaglio e/o parto [Bell *et al.* 2001]. Fra le tante motivazioni addotte, vi è l'aumento dell'utilizzo dell'ecografia e degli altri strumenti di indagine che generano mediamente una maggiore ansia per la salute del feto nei professionisti e nelle madri. Un ruolo importante è giocato anche dal ricorso sempre più frequente all'anestesia epidurale, dal minore uso del forcipe e dall'aumento della sicurezza del taglio cesareo. Inoltre, la percentuale di parti cesarei aumenta con l'aumentare dell'età materna: nel corso degli ultimi vent'anni le donne hanno posticipato gradualmente la gravidanza e l'uso di tecniche di fecondazione artificiale ha accresciuto il numero di gravidanze in donne più anziane [Peskin e Reine 2002]. Infine, un contributo rilevante viene attribuito all'incremento di tagli cesarei elettivi, che comprendono una frazione di parti cesarei i cui determinanti non sono clinici [Basevi e Baronciani 2004]. Pertanto negli ultimi anni, con l'aumento della sicurezza dell'intervento del taglio cesareo, con una maggiore attenzione focalizzata sulla salute dei neonati e con la partecipazione attiva della madre nella scelta del tipo di parto, è nata l'esigenza di definire nuovi standard di riferimento. Un'evidente difficoltà, utilizzando come indicatore la sola percentuale grezza di parti cesarei, è rappresentata dalle differenti popolazioni di pazienti di cui gli specialisti si fanno carico – evidentemente gli ostetrici che si occupano prevalentemente di donne con





gravidanze gemellari, con malattie croniche o con travaglio pre-termine non possono rispettare l'obiettivo del 15%. L'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ha proposto nella pubblicazione *Evaluation of Cesarean Delivery* [2000] un nuovo metodo per il calcolo della percentuale di taglio cesareo. L'ACOG suggerisce di utilizzare un case-mix rappresentativo dei vari fattori di rischio materno, costituito da due gruppi di pazienti: donne primipare, con parto a termine, non gemellare e bambino in posizione vertice (NTSV⁶), e donne multipare, con un precedente parto cesareo, a termine e vertice (VABC⁷). Poiché questi due gruppi comprendono il più alto grado di variazione nella percentuale di cesarei e rappresentano approssimativamente i due terzi di tutti i cesarei effettuati, possono essere considerati i target più logici per la comparazione delle nuove percentuali di parti cesarei. Inoltre, il Department of Health and Human Services ha individuato per tali indicatori, nel 15,5% per i parti cesarei NTSV e nel 37% per i parti cesarei VABC, i relativi obiettivi per le guide di riferimento Healthy People 2010.

Tuttavia le controversie circa il parto vaginale dopo un taglio cesareo, motivate dal possibile rischio di rottura dell'utero, suggeriscono di focalizzare l'attenzione sui cesarei effettuati su donne primipare. Stanti le difficoltà metodologiche che caratterizzano l'interpretazione degli studi relativi agli interventi più appropriati in caso di precedente parto cesareo, diverse società scientifiche raccomandano, una volta accertata l'assenza di controindicazioni, l'offerta di un travaglio di prova prima di procedere di routine a un nuovo cesareo [3° Rapporto CedAP 2006].

Uno studio effettuato da Main *et al.* [2006], che fa parte di un ampio progetto [Sutter Health First Pregnancy and Delivery (FPAD) Clinical Initiative], iniziato nel 2000 per valutare il programma di miglioramento della qualità delle pratiche ostetriche su pazienti primipare a termine,

⁶ Nulliparous Term Singleton Vertex.

⁷ Vaginal Birth After Caesarean.





analizza l'indicatore della percentuale di cesarei NTSV come strumento utilizzabile a livello ospedaliero. La ricerca mette in luce come la percentuale di parti cesarei NTSV è significativamente associata alla pratica di induzione del travaglio prima della 41^a settimana di gestazione. Allo stesso modo è stato evidenziato che le ammissioni in ospedale di pazienti all'inizio del travaglio, ossia quando la dilatazione cervicale è inferiore a 3 cm, risultano essere potenzialmente più a rischio di parto con taglio cesareo. Tali evidenze – era già stato notato come le pratiche degli specialisti fossero di notevole importanza per il grado di ricorso all'intervento cesareo [Main 1999; Luthy *et al.* 2003; Bailit *et al.* 2004] – confermano che la cultura ospedaliera associata ad un'elevata medicalizzazione, può favorire alte percentuali di parti cesarei [Main *et al.* 2004]. La preoccupazione per il benessere fetale guida la maggior parte delle correnti pratiche ostetriche. Tale attenzione ha condotto a una drammatica caduta dei parti vaginali e dei tentativi effettuati di parti vaginali dopo un parto cesareo, ma contrariamente a quanto creduto o sperato da molti, le elevate percentuali di parto cesareo primario non hanno condotto a nessun miglioramento negli outcomes neonatali [Main *et al.* 2006].

Pertanto la percentuale di parti cesarei NTSV – ossia depurata da fattori che possono aumentare il ricorso al cesareo stesso – rappresenta l'indicatore più appropriato per la valutazione della qualità dei servizi legati al percorso materno infantile a livello ospedaliero. Inoltre, sebbene consideri solo uno strato della popolazione di donne che partorisce con il parto cesareo, tale indicatore riesce tuttavia a comprendere un'ampia fascia di popolazione costituita da circa il 32-39% dei parti cesarei.

Per i motivi sopra esposti, nel sistema di valutazione la percentuale di cesarei depurati è stato adottato come indicatore per misurare l'appropriatezza della modalità di parto. Si considerano, pertanto, esclusivamente le donne primipare, con parto non gemellare, con bambino in posizione vertice e con gravidanza a termine – considerando la settimana di amenorrea tra la 38^a e la 43^a settimana incluse, e le partorienti tra i 14 e 49 anni. Inoltre, nel tentativo di





rendere l'indicatore maggiormente confrontabile fra le varie Aziende vengono esclusi anche i parti con indicazione di procreazione medico-assistita.

Dai dati riportati, relativi al 2006, si riscontra una notevole differenza tra le Aziende che presentano percentuali di taglio cesareo depurato che variano dal 9,3% al 28,6%. Il valore di riferimento del 15% posto dall'OMS, per la percentuale di cesarei grezza, è stato adottato anche in Toscana per la percentuale depurata – che proprio perché depurata dai fattori di rischio risulta sempre inferiore alla percentuale grezza. Ad oggi risultano inferiori a tale valore solo 3 Aziende, ma dal 2005 al 2006, in alcuni casi, si sono osservati dei buoni miglioramenti.

Il trend presenta un andamento disomogeneo, in quanto circa la metà delle Aziende ha diminuito il ricorso al cesareo avvicinandosi all'obiettivo regionale, mentre l'altra metà ha aumentato i propri valori. Complessivamente, a livello regionale, i valori della percentuale di parti cesarei depurati si mantengono stabili intorno al 20,5%.

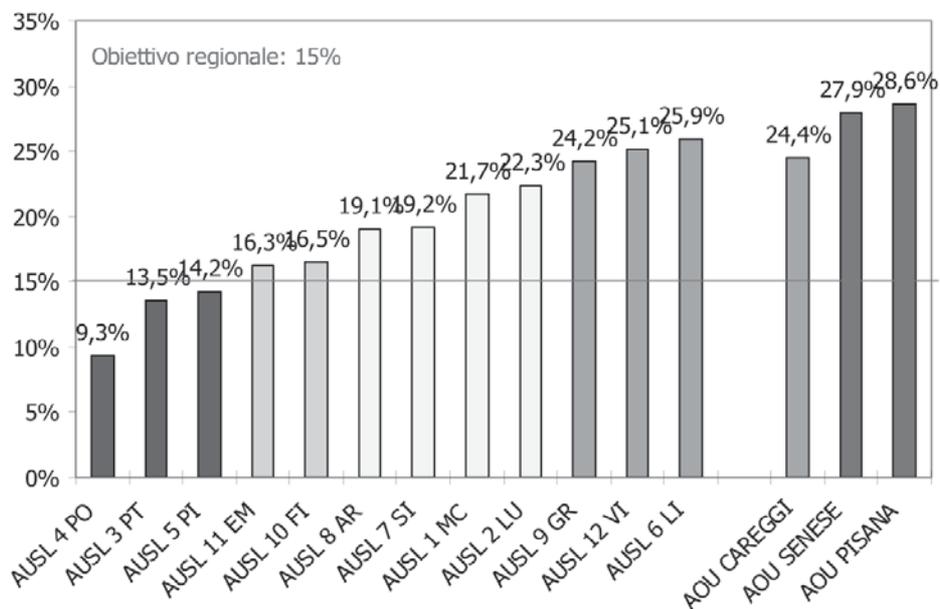


FIG. 44. Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV) - Anno 2006



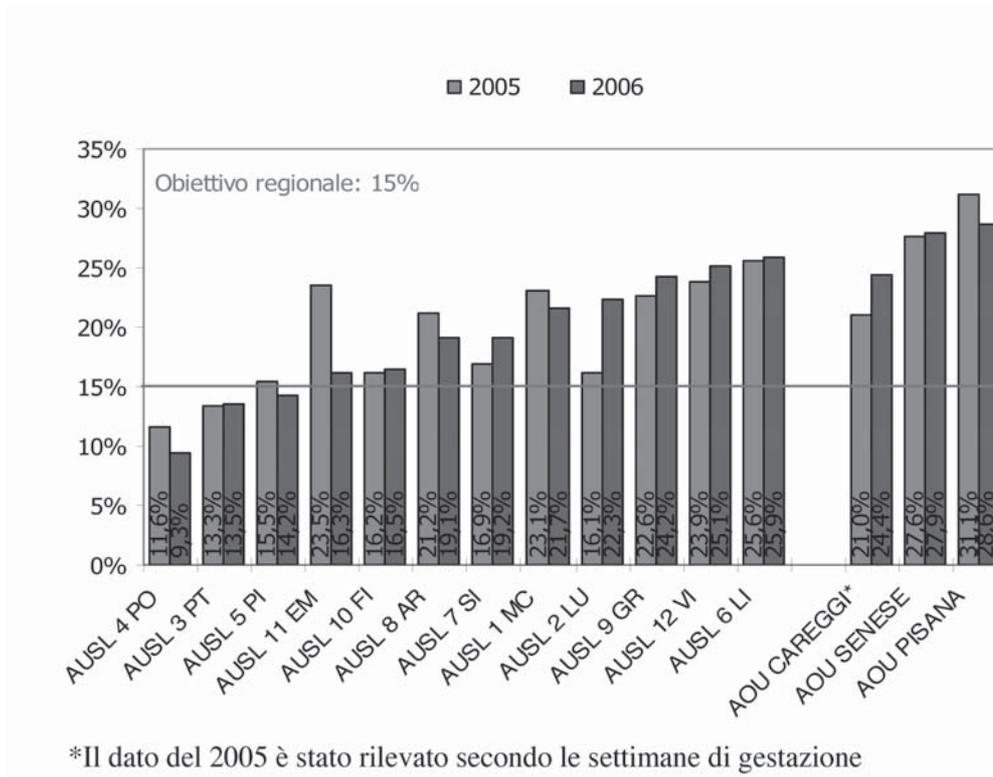


FIG. 45. Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV) - Trend 2005 - 2006



Si riporta di seguito il grafico con il confronto fra le percentuali di parti cesarei depurati e grezzi. La percentuale grezza presenta una media regionale che per il 2006 raggiunge circa il 28%. Il risultato è buono se confrontato con la media nazionale, che secondo il rapporto CeDAP 2004, è pari al 34% di parti che, in ospedali pubblici, avviene con taglio cesareo. Rimangono, tuttavia, ampi spazi di miglioramento, vista la particolare variabilità fra le diverse Aziende, indice, come già argomentato, di un comportamento disomogeneo dei professionisti.

Il confronto fra percentuale grezza e depurata evidenzia per le Aziende Ospedaliero-Universitarie una maggiore differenza fra i due valori, in quanto è proprio nei punti nascita di terzo livello che si concentrano i casi più complessi che richiedono in misura maggiore il ricorso al taglio cesareo.



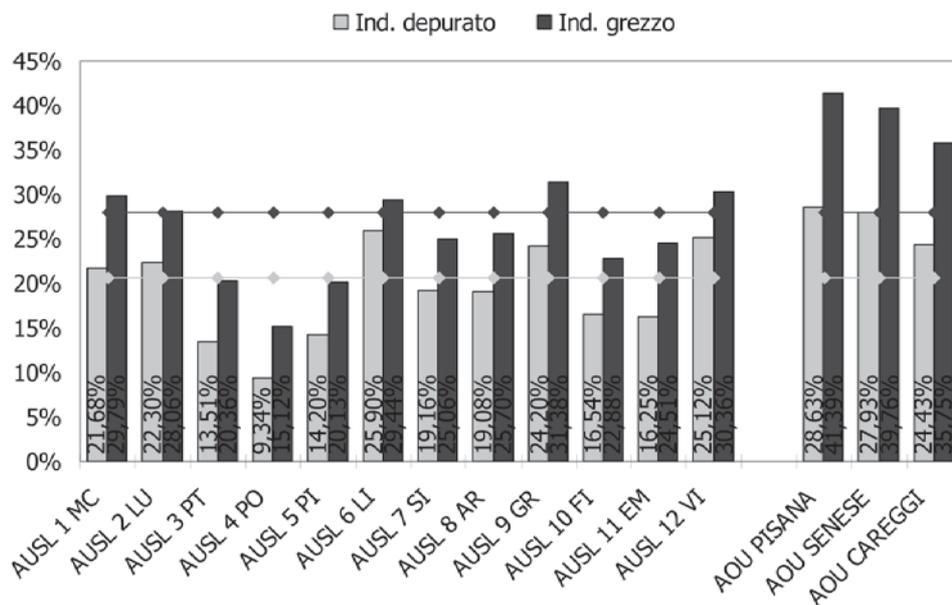


FIG. 46. Percentuali di parti cesarei depurati (NTSV) e grezzi - Anno 2006

Fra i sottoindicatori che fanno parte dell'albero relativo al Percorso Materno-Infantile ne sono stati inseriti alcuni senza valutazione, che letti insieme agli altri, permettono di avere una visione più completa di alcuni aspetti. Ne è un esempio la percentuale di utilizzo di ventosa e forcipe, indicatore che varia notevolmente fra le Aziende Sanitarie: il forcipe non è quasi più impiegato se non per rari casi, e solo in qualche ospedale; la ventosa viene utilizzata per i parti vaginali in circa il 12% dei casi ad Arezzo e l'11% a Prato. L'indicatore fornisce informazioni ulteriori circa le pratiche ostetriche adottate nelle diverse Aziende, permettendo di contestualizzare meglio i risultati relativi al tipo di parto. Ad un maggiore utilizzo della ventosa e del forcipe, infatti, dovrebbero corrispondere livelli più bassi di parti cesarei.

Dai dati riportati si può osservare come, ad esempio nel caso di Prato, un elevato utilizzo della ventosa (11,1%) contribuisca al conseguimento di bassi valori nella percentuale di parti depurati (9,3%). Lo stesso rapporto può essere evidenziato anche nelle altre Aziende che presentano livelli di utilizzo di forcipe e ventosa sopra la media regionale



(Arezzo, Pistoia, Pisa e Firenze): si osserva, infatti, che le loro percentuali di cesarei depurati e grezzi sono al di sotto della media regionale.

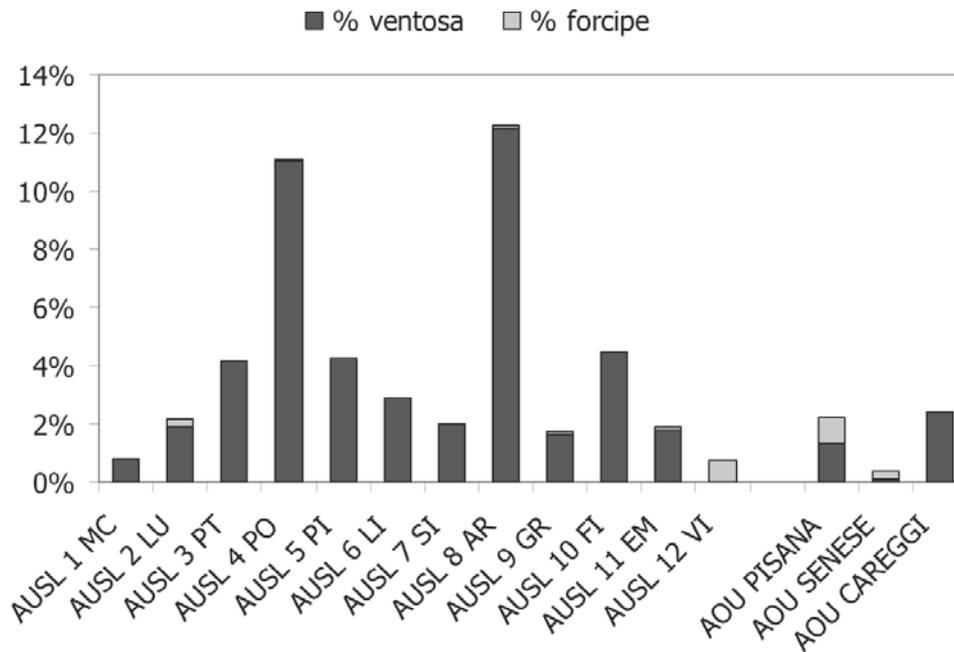


FIG. 47. Percentuali di utilizzo di ventosa o forcipe - Anno 2006

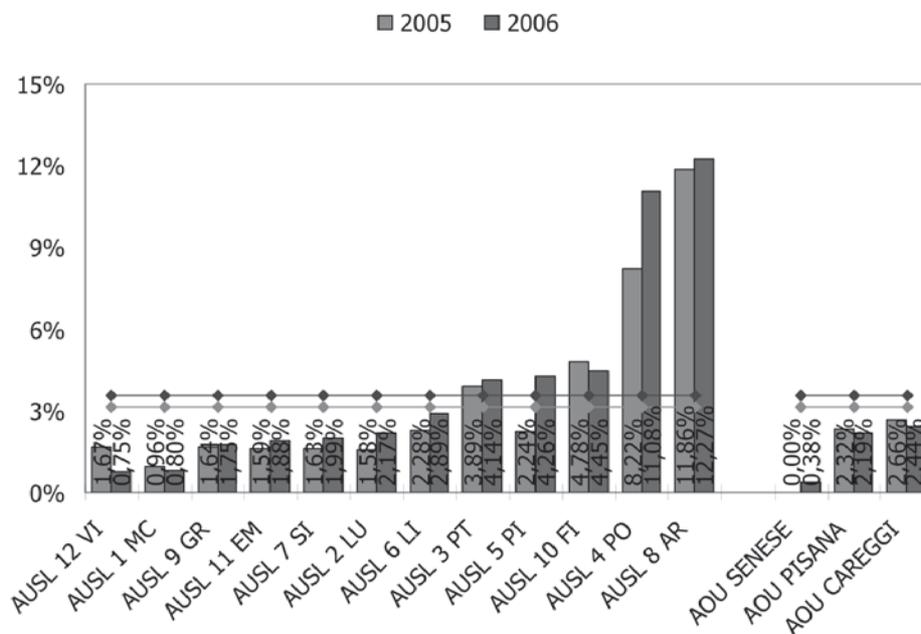


FIG. 48. Percentuali di utilizzo di ventosa o forcipe - Trend 2005 - 2006



4.2. Percorso oncologico (Anna Bonini, Barbara Lupi)

Ogni anno, secondo il Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, vengono diagnosticati tra i residenti in Toscana circa 19.000 nuovi casi di tumore – in età compresa fra 0 e 84 anni –, e approssimativamente 12.000 decessi si possono attribuire a un tumore.

Visto il continuo aumento dell'incidenza dei casi di tumore maligno, in buona parte dovuto anche all'invecchiamento generale della popolazione, nell'ambito della problematica oncologica, è fondamentale operare su livelli differenti: sulla diminuzione del rischio di ammalarsi (prevenzione primaria), sulla tempestività della diagnosi (prevenzione secondaria) e sulla qualità delle cure, ovvero sulla presa in carico del paziente oncologico e sulla somministrazione di terapie appropriate ed efficaci. Il Piano Sanitario Regionale 2005-2007 dedica alle *Azioni per la prevenzione e la cura dei tumori* il primo dei 12 Progetti speciali di interesse regionale, che sono stati individuati come prioritari per la salute dei cittadini toscani.

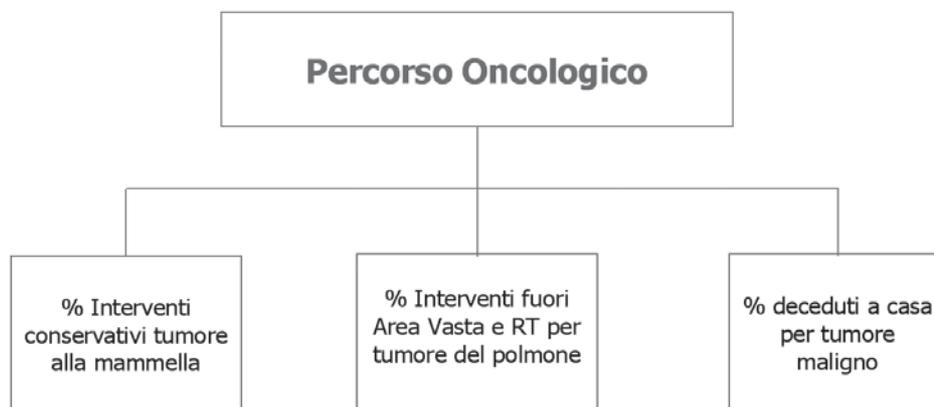


FIG. 49. Albero del percorso oncologico

Gli indicatori selezionati per valutare il percorso oncologico sono elaborazioni del Registro Tumori della Regione Toscana-Istituto Toscano Tumori; la fonte dei dati sono il flusso regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera e,





per il terzo indicatore presente nell'albero, il Registro di Mortalità Regionale. I dati si riferiscono all'anno 2005.

Percentuale di interventi conservativi di tumore alla mammella

Il tumore della mammella è la neoplasia di gran lunga più frequente nel sesso femminile. Nel periodo 2000-2003, secondo il CSPO, ha rappresentato il 24,8% del totale delle diagnosi tumorali in Toscana, e pertanto il rischio di avere una diagnosi di tumore della mammella nel corso della vita, per donne in età compresa fra 0 e 74 anni, è del 95‰ (1 caso ogni 11 donne), e in termini di mortalità è la seconda fra le cause tumorali, con il 15,4% del totale dei decessi – dopo il colon retto.

Nel corso del tempo l'incidenza del tumore della mammella ha mostrato un trend in crescita – anche per effetto dei programmi di screening – mentre la mortalità risulta in diminuzione. Le fasce di età in cui si rilevano i valori più elevati dell'incidenza sono quelle successive ai 50 anni, mentre la sopravvivenza, relativa a 5 anni, si attesta attorno al 90%, con un graduale incremento nel corso del tempo.

I ricoveri dovuti a questa patologia oncologica, nella Regione Toscana sono stati pari a 10.001 nel 2004, ma si evidenzia un incremento dei ricoveri in day-hospital nel periodo 1998-2004, a fronte di una lieve diminuzione dei ricoveri di tipo ordinario.

Negli ultimi anni la chirurgia del cancro della mammella ha compiuto notevoli progressi passando da interventi radicali e demolitivi ad interventi conservativi – asportazione di una sola parte del tessuto mammario. Questo grazie ad una maggiore conoscenza del comportamento biologico e della diffusione della neoplasia. Di conseguenza la terapia locale del carcinoma mammario, che prima vedeva nella chirurgia l'unica possibilità terapeutica, oggi è diventata multidisciplinare; richiede, infatti, la collaborazione stretta tra chirurgo, radioterapisti ed oncologo. La scelta tra le diverse opzioni terapeutiche dipende da una serie di fattori quali lo stadio della malattia, l'età, lo stato menopausale,





le dimensioni del tumore, la presenza o meno di recettori estro-progestinici sulla superficie delle cellule tumorali. Sicuramente, quando è possibile, l'intervento conservativo alla mammella rappresenta un elemento di qualità, che permette alla donna che subisce l'asportazione del seno sia di evitare il trauma fisico ed emozionale, sia di ridurre la durata del ricovero e della convalescenza.

I dati riportati considerano la percentuale di interventi conservativi alla mammella per Azienda di residenza e si riferiscono all'anno 2005, visto che i dati del 2006 non sono ancora disponibili. I valori presentano una certa variabilità tra le aziende, con un intervallo fra il 65,7% e il 90,5%. Dal 2004 al 2005 la metà delle aziende aumentano il ricorso all'intervento conservativo, mentre l'altra metà vede diminuito il proprio valore. Nel complesso, il valore medio regionale aumenta leggermente, passando dal 74,29% al 75,83%. Le notevoli differenze aziendali possono essere dovute sia alla tempestività dell'azione preventiva tramite screening, sia al tipo di approccio del chirurgo rispetto a questo tipo di intervento. L'indicatore in questione è dunque da leggersi insieme all'indicatore B5, relativo agli screening, che riporta le percentuali di estensione ed adesione dell'esame mammografico per ciascuna Azienda.

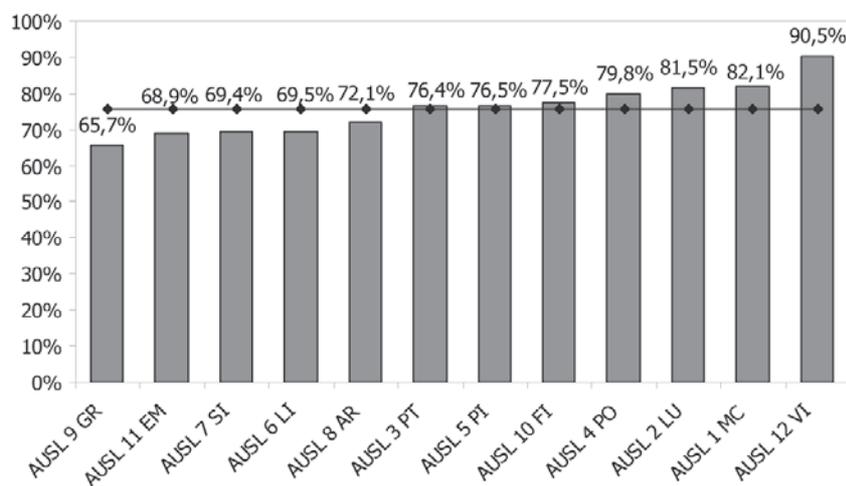


FIG. 50. Percentuali di interventi conservativi di tumore alla mammella - Anno 2005



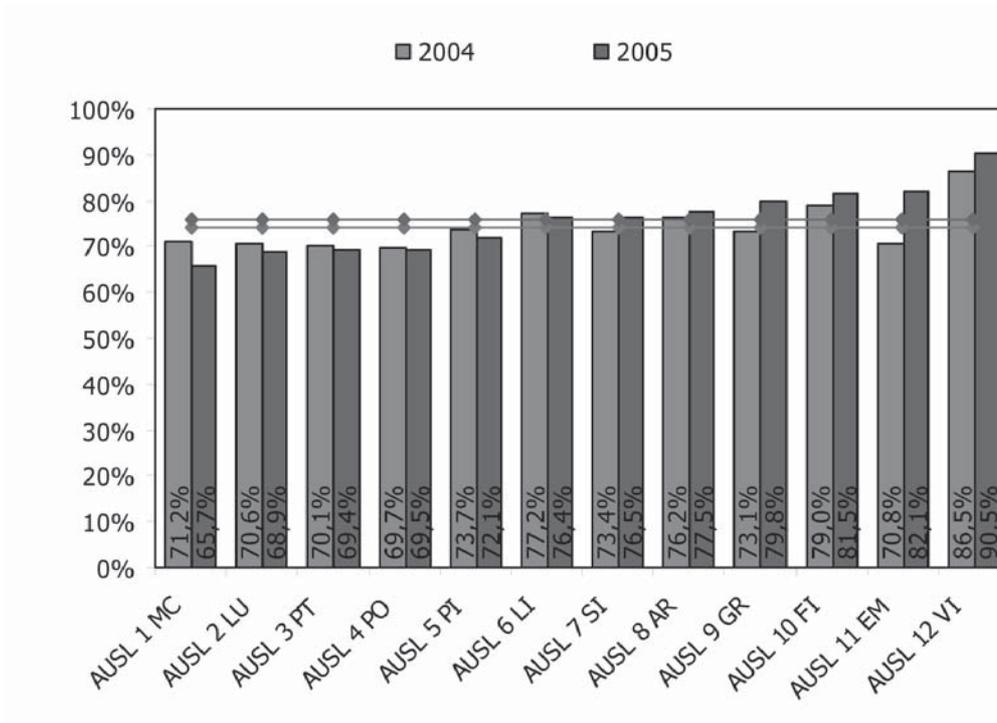


FIG. 51. Percentuali di interventi conservativi di tumore alla mammella - Trend 2004 - 2005







LA VALUTAZIONE DELLA DINAMICA ECONOMICO FINANZIARIA E DELL'EFFICIENZA OPERATIVA

1. *Presupposti metodologici (Lino Cinquini)*

Il problema della misurazione e valutazione dell'efficienza in ambito sanitario pone delicati problemi rispetto all'«oggetto di attività» delle aziende sanitarie, ossia la tutela della salute dei cittadini. Inoltre la natura pubblica di tali aziende pone ulteriori problemi rispetto ai diversi modelli istituzionali ed al loro funzionamento. Le caratteristiche dei meccanismi di finanziamento, la mancanza del mercato come possibile meccanismo regolatore, l'ampia eterogeneità dell'output – questi ultimi due fattori propri di quasi tutte le aziende del settore pubblico – rendono l'apprezzamento del «grado di economicità»¹ di queste aziende un processo molto complesso [Vagnoni 2004].

¹ Nelle aziende, l'economicità può essere intesa come la capacità di raggiungimento dell'efficacia e dell'efficienza tali da garantire all'Azienda condizioni di funzionalità, durevolezza, autonomia e sviluppo protratte nel tempo, ossia condizioni di equilibrio economico a valere nel tempo [Giannessi 1961, pp. 1025-1038]. Le due fondamentali dimensioni della performance aziendale, efficienza ed efficacia, riguardano rispettivamente la capacità di impiego razionale dei fattori produttivi per la realizzazione di determinati volumi di attività e la capacità di scegliere e di raggiungere obiettivi prefissati. In questa prima accezione, l'economicità si configura come «metodo di azione», «condizione di funzionamento» (adeguata efficacia ed efficienza) rispetto al fine, costituito dall'equilibrio economico. In un'altra accezione, l'economicità può essere intesa come attitudine dell'Azienda ad offrire, permanentemente, adeguata remunerazione a tutti i fattori produttivi, tendendo a coincidere con il concetto di equilibrio economico durevole (cfr. Cavalieri 2000, pp. 231-233; Sòstero 2003, pp. 1-5). Nella pubblica amministrazione che fornisce beni collettivi o individuali sottratti al meccanismo del mercato, l'economicità va intesa come «capacità mantenuta nel lungo periodo di soddisfare i bisogni considerati di pubblico interesse dalla comunità facendo affidamento su un flusso di ricchezza 'fisiologico', ossia considerato economicamente sopportabile e socialmente accettabile dalla comunità stessa» [Borgonovi 1996, pp. 153-154].



In tale prospettiva, l'introduzione della contabilità economica nelle aziende sanitarie ha costituito un processo di transizione non solo tecnico-contabile e di *reporting*, ma anche di cultura aziendale e manageriale; tale processo è stato affrontato in modo differenziato per tempo e modalità nei diversi sistemi sanitari regionali, come è documentato nei rapporti dell'OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle aziende Sanitarie Italiane del Cergas Bocconi) pubblicati negli ultimi anni [Rapporto Oasi 2000].

Sotto il *profilo culturale*, questo cambiamento nel sistema informativo-contabile ha posto al centro dell'attenzione la dinamica dei valori economico-finanziari mediante i principi delle rilevazioni delle operazioni aziendali. Queste operazioni sono finalizzate a determinare un risultato economico di esercizio ed un connesso capitale di funzionamento, producendo informazioni contabili che consentono una valutazione dell'economicità della gestione nelle sue diverse dimensioni ed equilibrio economico, patrimoniale, finanziario e monetario.

Sotto il *profilo manageriale*, la contabilità economico-patrimoniale ha fornito, alle direzioni aziendali e regionali, un nuovo strumento di elaborazione dei dati economico-finanziari in grado di cambiare profondamente la qualità informativa dei dati contabili, e sulla base dei quali è possibile assumere decisioni rilevanti per la vita e lo sviluppo dei sistemi sanitari.

Tuttavia la valutazione economica, per quanto detto all'inizio, non può bastare per l'apprezzamento dell'economicità delle aziende sanitarie: occorre affiancare ad essa quella sul grado di efficienza nell'uso delle risorse, sul rapporto tra mezzi e risultati e, naturalmente, la valutazione di efficacia dell'attività sanitaria a livello individuale e collettivo.

In tal senso, nell'evoluzione del modello di valutazione della performance adottato in Toscana, il sistema originario degli indicatori economico-finanziari derivanti dal bilancio economico-patrimoniale ha trovato progressivo completamento con una serie di indicatori di efficienza operativa, che sono direttamente collegati ad aspetti, aree e settori considerati strategicamente rilevanti per le aziende sanitarie





toscane e che consentono un più consapevole confronto in ottica di *benchmarking* dell'economicità delle aziende del sistema.

1.1. *Il quadro degli indicatori: selezione e processo di condivisione*

Le dimensioni economico-finanziarie e di efficienza operativa hanno come obiettivo quello di valutare come sono utilizzate le risorse, *complessivamente* attraverso l'analisi di bilancio e *analiticamente* per particolari aspetti, come ad esempio rispetto al razionale utilizzo delle risorse per il consumo dei farmaci.

Fanno parte di questa dimensione 11 indicatori principali, che misurano e valutano la *dinamica economico finanziaria*, l'utilizzo dei *meccanismi gestionali* e l'*efficienza operativa* per il governo dell'Azienda sanitaria.

L'insieme degli indicatori principali (e relativi indicatori determinanti) è riportato nella tabella seguente assieme all'indicazione del loro inserimento nel «bersaglio» negli ultimi tre anni ed alla loro considerazione come obiettivo aziendale da parte della Regione.



TAB. 1. *Elenco degli indicatori e sottoindicatori della valutazione economico-finanziaria ed efficienza operativa*

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

In particolare:

- Gli indicatori che valutano la **dinamica economico-finanziaria** sono indici che provengono dall'analisi dei prospetti riclassificati del conto economico e dello stato patrimoniale, e dall'analisi della nota integrativa. Questo gruppo di indicatori analizza la capacità di perseguire l'economicità attraverso l'analisi del mantenimento dei diversi equilibri – economico, patrimoniale e finanziario – che le aziende devono perseguire per garantire all'Azienda una vita duratura. Gli indicatori di valutazione compresi nel sistema sono tre: *F1-equilibrio economico*, *F3-equilibrio patrimoniale-finanziario*, ed *F11-indice di*



compensazione extraregionale. Non tutti gli indicatori di questo gruppo ricevono una valutazione, ma alcuni sono calcolati per dare al management uno strumento di riflessione sulle strategie adottate. L'idea, infatti, è quella di accompagnare e supportare le aziende nell'utilizzo di metodologie di analisi di bilancio in linea con la strategia regionale, che prevede di portare entro il 2008 tutte le aziende del sistema ad avere i bilanci certificati da società che si occupano di revisione esterna.

- Gli indicatori che valutano i **meccanismi gestionali** fanno riferimento alle interviste effettuate dagli allievi del Master MeS ai responsabili del controllo di gestione/di bilancio/di magazzino sulle procedure di controllo interno dei magazzini, ed all'indagine di clima organizzativo che ha coinvolto tutti i responsabili di struttura delle aziende sanitarie toscane. L'indicatore F13 analizza la presenza e l'utilizzo di procedure di controllo interno dei magazzini. Nel sistema di valutazione esso costituisce una valutazione «ad hoc» (rappresentata graficamente con un campanello); infatti, sebbene la rilevazione si sia basata su un questionario strutturato, non ha valore statistico e non è effettuata sulla base di un flusso informativo regionale. Gli indicatori F7 ed F8, che analizzano rispettivamente la valutazione dei servizi interni e la valutazione del budget, si basano sull'indagine di clima interno rivolta a tutti i responsabili di struttura e ad un campione di dipendenti delle aziende toscane. La percezione del management allargato – intendendo quindi tutti i responsabili di struttura –, dei servizi di supporto offerti dall'Azienda e, in particolare, del supporto dato dal budget, è un indicatore importante in quanto segnala la capacità dello staff o di altri servizi non sanitari nel fornire il supporto necessario per la gestione delle strutture sanitarie e non. La metodologia dell'indagine è trattata nella parte dedicata al clima interno (Cfr. parte IV, Cap.5).
- L'ultimo gruppo di indicatori, quelli di **efficienza operativa**, invece, valuta la capacità di gestire in modo efficiente le proprie risorse. Fanno parte di questa





categoria l'indicatore *F10-Governo della spesa farmaceutica*, *F12-Efficienza prescrittiva farmaceutica*, *F14-Efficienza ed efficacia nella Sanità Pubblica Veterinaria* ed *F15-Efficienza ed efficacia dei servizi di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro*. Questi indicatori derivano da flussi regionali e mostrano come siano state impiegate le risorse in relazione all'attività svolta. In particolare, l'indicatore F12 sull'efficienza prescrittiva farmaceutica è collegato all'indicatore C9, che analizza l'appropriatezza prescrittiva. Questi indicatori si riferiscono a delibere regionali volte a razionalizzare ed ottimizzare l'allocazione delle risorse in ambito farmaceutico. Gli indicatori F14 ed F15 rappresentano la novità del 2006, in quanto i servizi della prevenzione in precedenza non erano mai stati oggetto di valutazione strutturata.

La selezione degli indicatori ha seguito percorsi differenziati di condivisione.

Per quanto riguarda gli indicatori derivanti dall'analisi di bilancio, essi sono stati inizialmente individuati sulla base di un lavoro svolto nell'ambito dell'attività di formazione e ricerca dell'*Osservatorio di Change Management in Sanità* della Scuola Superiore Sant'Anna, i cui risultati sono stati riportati in *I Quaderno dell'Osservatorio*, del 2002 e condivisi con i direttori amministrativi ed i responsabili di bilancio delle aziende sanitarie toscane.

Partendo da questo lavoro, è stato affinato il modello di riclassificazione del conto economico: sono stati scelti gli indici di bilancio da utilizzare per la valutazione della dinamica economico-finanziaria e patrimoniale ed anche una serie di indicatori utili a descrivere alcune scelte attuate dalle aziende sanitarie, come ad esempio le politiche di investimento. Maggiormente coinvolte sono state le direzioni e i responsabili di bilancio delle aziende pilota (AUSL 3 Pistoia, AUSL 5 Pisa, AUSL 8 Arezzo ed AOUP) e nel 2006, le direzioni delle aziende ospedaliero-universitarie, assieme al settore Finanza della Regione Toscana, per analizzare ed aggiungere altri indicatori che rispondessero alle peculiarità delle aziende ospedaliero-universitarie. Da questi confronti,





gli indicatori della dinamica economico-finanziaria sono stati modificati sia nel numero che nella scelta dei sotto-indici oggetto di valutazione² [Cinquini *et al.* 2005].

Anche gli indicatori F13 ed F14 sono frutto di corsi di formazione con i dirigenti della sanità toscana. In particolare l'indicatore F13 sulle procedure di controllo interno è frutto di un lavoro svolto durante il modulo della dinamica economico-finanziaria e dei principi contabili del Master MeS, I edizione, mentre l'indicatore F14 sull'efficacia e l'efficienza della Sanità Pubblica Veterinaria deriva da alcune giornate di formazione esplicitamente richieste dal settore Sanità Pubblica Veterinaria – ora settore medicina predittiva e preventiva – per acquisire alcuni concetti sulla programmazione e sul controllo e per sviluppare un set di indicatori, condivisi fra Regione ed aziende, da monitorare nel tempo.

Gli indicatori F10 sulla spesa farmaceutica, F12 sull'efficienza prescrittiva farmaceutica ed F15 sull'efficienza dei servizi di prevenzione (PISLL) sono nati sulla base di un forte impulso regionale da parte dei settori competenti. A seguito dell'individuazione dell'indicatore F12 sull'efficienza prescrittiva farmaceutica è stata infatti emanata una delibera che evidenzia in modo dettagliato quali sono le azioni che le aziende devono perseguire per un uso più efficiente delle risorse in campo farmaceutico, a conferma della rilevanza data a questa misurazione da parte degli organi di governo regionale.

Nel presente capitolo si riportano alcuni indicatori della dimensione economico-finanziaria, in particolare gli indicatori F1, F3, F5, F12, F13 ed F15; per gli altri indicatori si rimanda alla parte IV del report 2006 del Laboratorio MeS.

² A questo proposito si rimanda a [Cinquini *et al.* 2005], che riporta l'elenco degli indicatori e sottoindicatori utilizzati nell'anno di sperimentazione del sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane.



1.2. Metodo di valutazione per l'attribuzione della classe di appartenenza agli indicatori

Per l'individuazione delle classi di performance entro cui graduare gli indicatori si sono seguiti due approcci diversi a seconda dell'esistenza o meno, per gli indicatori, di «valori di equilibrio», ossia di valori cui l'indice dovrebbe tendere.

Nel caso in cui il valore di equilibrio sia individuato perché espressamente riportato dalla letteratura scientifica, oppure perché esiste un riconosciuto standard internazionale o nazionale, o perché esiste un chiaro obiettivo regionale, o infine perché ragionevolmente individuabile rispetto alle condizioni del contesto regionale toscano, le cinque classi di performance sono costruite sulla base dell'obiettivo e della deviazione standard (come indicato nella figura 1).

Fasce di performance	Limite inferiore	Limite superiore	Range di punteggio
Ottima	Riferimento	> Riferimento	4-5
Buona	Riferimento- δ	Riferimento	3-4
Media	Riferimento- 2δ	Riferimento- δ	2-3
Scarsa	Riferimento- 3δ	Riferimento- 2δ	1-2
Molto scarsa	< Riferimento- 3δ	Riferimento- 3δ	0-1

FIG. 1. Fasce di valutazione basate su un valore di riferimento

Nel caso in cui non vi sia un valore di equilibrio o un valore standard esplicitato, allora le classi di performance sono costruite in base al valore medio. La distanza fra il valore superiore e quello inferiore delle classi è dato dalla deviazione standard presa n volte (con $n = 1, 2, 3$, come riportato nella figura 1 oppure $n = 1,5, 1, 0,5$ come riportato nella figura 2).

Fasce di performance	Limite inferiore	Limite superiore	Range di punteggio
Ottima	\leq	Media-1,5 δ	4-5
Buona	Media-1,5 δ	Media0,5- δ	3-4
Media	Media-0,5 δ	Media+0,5 δ	2-3
Scarsa	Media+0,5 δ	Media+1,5 δ	1-2
Molto scarsa	$>$	Media +1,5 δ	0-1

FIG. 2. Fasce di valutazione basate sulla media interaziendale

Una volta determinato il limite superiore ed inferiore delle fasce di valutazione, si può valutare la performance delle aziende relativamente agli indicatori oggetto di misurazione. Il valore che determina il posizionamento sul bersaglio viene attribuito sulla base della performance conseguita dall'Azienda a partire dai valori degli indici. Il punteggio che determina il posizionamento dell'indicatore nel bersaglio, che varia dal valore 0 al valore 5, è calcolato in modo proporzionale al valore dell'indicatore di ciascuna Azienda. Questo procedimento è attuato per ogni sottoindicatore determinante l'indicatore oggetto di valutazione. La media semplice o pesata, a seconda dell'importanza dei diversi sottoindicatori – caso quest'ultimo che si verifica raramente ed esclusivamente se motivato e condiviso –, concorre a delineare il punteggio finale dell'indicatore che appare sul bersaglio.

Una metodologia diversa è quella utilizzata per gli indicatori che derivano dall'indagine di clima organizzativo, in particolare per l'indicatore F7 ed F8 sulla percezione dei servizi interni e di budget. Questi indicatori seguono la metodologia di calcolo descritta nel capitolo relativo alla valutazione interna.



1.3. *Presupposti per la costruzione di indicatori economico-finanziari: il bilancio economico-patrimoniale delle aziende sanitarie e la sua riclassificazione*

Per un'appropriata costruzione ed interpretazione di indicatori economico-finanziari delle aziende sanitarie, risulta essenziale chiarire in che misura si riflettono sui prospetti derivanti dalla contabilità economico-patrimoniale le peculiarità delle gestioni di tali aziende, in particolare dipendenti dai meccanismi di finanziamento degli specifici sistemi sanitari regionali, in quanto questa consapevolezza può migliorare l'interpretazione delle dinamiche economiche, patrimoniali, finanziarie e monetarie in tale contesto. Ciò anche al fine di non traslare meccanicamente schemi di analisi del bilancio economico-patrimoniale e relative interpretazioni provenienti dall'esperienze di imprese *for-profit* operanti sul mercato, che possono essere fuorvianti nel contesto delle aziende sanitarie, e cercare invece di massimizzare il valore aggiunto informativo che da tale contabilità può derivare, anche nel contesto della produzione della salute.

Con riguardo alla Regione Toscana, un primo fondamentale aspetto che influisce sull'interpretazione dell'equilibrio economico delle Aziende USL è costituito dalla mancanza di correlazione tra valore e volume delle prestazioni erogate, e ricavi iscritti nel conto economico. In prevalenza i ricavi dell'Azienda USL, infatti, non sono causati da un processo di scambio monetario correlato ai servizi erogati, ma sono determinati e concessi dall'Amministrazione Regionale in relazione all'indice di accesso, che prende in considerazione una serie di parametri – in primis il numero di abitanti³; solo una parte esigua dei ricavi (compensazioni da mobilità attiva) si collega alle prestazioni effettivamente erogate a soggetti non residenti. Diversamente avviene per le Aziende Ospedaliere-Universitarie (AOU) del sistema sanitario, i cui ricavi sono in prevalenza costituiti dalle tariffe delle

³ Per un approfondimento sull'indice di accesso si rimanda all'articolo di Cislighi, Pisani, Tediosi, pubblicato nel n. 45 del 2003 Mecosan ed al capitolo 4.4 del PSR 2005-2007 e suoi allegati.





prestazioni ospedaliere – valorizzate sulla base del sistema di DRGs.

Un altro elemento di peculiarità delle informazioni della contabilità economico-patrimoniale nelle aziende sanitarie è costituito dalle politiche di «sterilizzazione degli ammortamenti», conseguenti alle previsioni delle Linee Guida predisposte dalla Ragioneria generale dello Stato successivamente alla definizione degli schemi di bilancio ministeriali delle aziende sanitarie (D.I. 20/10/1994). Mediante questa operazione, in presenza di investimenti effettuati mediante contributi in conto capitale da parte della Regione, si fa transitare da Conto Economico il valore del contributo equivalente al valore della quota di ammortamento di tali investimenti, in modo da neutralizzarne l'effetto sul risultato. Contestualmente si riduce il valore nel netto patrimoniale del contributo in conto capitale, che pertanto si azzererà al termine del periodo di ammortamento. Come è stato osservato [Santesso e Sòstero 1999], questa previsione altera significativamente l'interpretazione dei bilanci d'esercizio delle aziende sanitarie, deteriorandone il contenuto informativo rispetto al consumo dei fattori produttivi a lungo ciclo di utilizzo.

Inoltre, l'interpretazione dei risultati dell'analisi finanziaria, monetaria e della struttura finanziaria, non può prescindere dai vincoli che la Regione o enti sovraordinati pongono all'autonomia decisionale delle aziende – si pensi ad esempi ai limiti di indebitamento autonomo e di ricorso ad anticipazioni del tesoriere da parte delle aziende – e dalle conseguenze di comportamenti regionali sulle politiche finanziarie delle aziende sanitarie – si pensi ai tempi di erogazione dei finanziamenti correnti o in conto capitale ed agli effetti che ciò comporta sui tempi di dilazione dei pagamenti verso i fornitori.

Malgrado queste ed altre differenze nella gestione di queste aziende rispetto a quelle operanti sul mercato, l'analisi delle condizioni di equilibrio della gestione mediante il bilancio economico-patrimoniale rimane uno strumento di governo fondamentale per il management aziendale: non si tratta di ottenere una valutazione di natura contabile





e formale sull'andamento gestionale dell'Azienda, quanto invece di avere indicazioni sui risultati ottenuti, sull'impatto di decisioni, di politiche e di scelte adottate dalla direzione sul consumo delle risorse, al fine di aumentare la consapevolezza e la competenza del management nella guida della propria Azienda.

Certamente non appare molto significativa un'analisi delle determinanti della redditività condotta solo in termini economico-finanziari. Assumono interesse, ad esempio, l'analisi della composizione e della dinamica dei costi, della struttura delle fonti di finanziamento e della tipologia degli impieghi, nonché le modalità di gestione dei flussi finanziari adottate, informazioni che opportunamente correlate ad altri parametri di natura sanitaria, qualitativa e fisico-tecnica, possono rappresentare la base portante del processo di valutazione della performance di queste aziende, ossia della loro capacità di perseguire gli obiettivi assegnati dall'Amministrazione Regionale operando conformemente ai principi prima illustrati.

Con queste premesse, lo sforzo da compiere è quello di identificare una riclassificazione dei bilanci e la predisposizione di alcuni indici che mantengano una loro significatività anche nel contesto delle Aziende Sanitarie, consentendo di compiere utilmente dei confronti spaziali e temporali degli andamenti delle loro gestioni.

L'adozione della contabilità economico-patrimoniale orientata alla redazione del bilancio di esercizio ha evidenziato la necessità di definire uno schema di bilancio standard, adattando il modello civilistico alle specificità delle aziende sanitarie.

Il D.I. del 20 ottobre 1994, e successive modificazioni, ha predisposto uno schema uniforme di bilancio (composto dallo Stato Patrimoniale e dal Conto Economico), di piano dei conti e linee guida ministeriali. Ogni Regione ha ridefinito il sistema contabile attraverso linee guida regionali. La Regione Toscana ha definito – con la delibera della giunta regionale n. 1091/96 e successive modifiche – il passaggio dalla contabilità finanziaria a quella generale, individuando al contempo gli schemi di bilancio per le aziende sanitarie toscane.





Punto di partenza dell'analisi degli equilibri aziendali delle aziende sanitarie mediante il bilancio economico-patrimoniale è la riclassificazione, necessaria per assegnare ai prospetti di Stato Patrimoniale e Conto Economico quella struttura che li renda adatti a consentire un'interpretazione del patrimonio e del reddito di esercizio nell'ambito dell'analisi economico-finanziaria della gestione. La costruzione di una serie di indici calcolati sulla base dei prospetti riclassificati consente, infatti, quell'operazione di riconversione delle cifre (in dinamiche economico-finanziarie) diretta a evidenziare il grado di raggiungimento degli equilibri gestionali.

I modelli di riclassificazione di Stato Patrimoniale e Conto Economico, di seguito riportati, costituiscono la rivisitazione in ambito sanitario dei modelli proposti in letteratura e sono stati realizzati – come detto in precedenza – a partire dagli studi condotti dall'*Osservatorio di Change Management in Sanità* dalla Scuola Superiore Sant'Anna e successivamente approfonditi nell'ambito del progetto di valutazione e valorizzazione della performance delle aziende sanitarie toscane.

Per gli indicatori che valutano la dinamica economico-finanziaria (F1, F3, F5 ed F11) la fonte sono i bilanci aziendali ed il flusso ministeriale CE che presenta un dettaglio maggiore delle voci di costo rispetto al conto economico civilistico.

Di seguito riportiamo i prospetti riclassificati; nell'appendice B1, B2, B3, e B4 riportiamo invece i prospetti di riconciliazione fra le fonti dei dati (Stato Patrimoniale civilistico e Flusso CE) ed i riclassificati adottati.

Lo Stato Patrimoniale è stato riclassificato secondo il modello generalmente applicato in dottrina [Caramiello 1993; Ferrero *et al.* 1998; Marchi *et al.* 1997; Sòstero, Ferrarese 2000; Pavarani 2002]: i criteri di liquidità per gli impieghi e i criteri di esigibilità per le fonti.



TAB. 2. *Stato Patrimoniale Riclassificato*

IMPIEGHI	FONTI
Immobilizzazioni materiali	Mezzi propri
Immobilizzazioni immateriali	Risultato economico d'esercizio
Immobilizzazioni finanziarie	Patrimonio netto
Totale attivo fisso	Debiti finanziari
Rimanenze	
	Debiti commerciali
Liquidità differite	Debiti verso altre Istituzioni
Crediti attività istituzionale	Debiti diversi
Crediti diversi	Debiti per TFR
Crediti finanziari	Fondi
Attività finanziarie	Totale passivo consolidato
Ratei e risconti	Debiti finanziari
	Debiti commerciali
Cassa	
Istituto tesoriere	
c/c Postale	
Totale liquidità immediate	Debiti verso altre Istituzioni
Totale attivo circolante	Debiti diversi
	Ratei e risconti
	Totale passivo corrente
TOTALE IMPIEGHI	TOTALE FONTI

Nel prospetto di riclassificato della tabella 2, dal lato delle fonti nel passivo consolidato sono state inserite le voci di debito di bilancio che hanno esigibilità superiore ai 12 mesi. Nelle passività correnti, invece, sono individuate le posizioni debitorie inferiori all'anno.

La stessa logica è seguita anche nella sezione degli impieghi: così, nell'attivo fisso si inseriscono, oltre alle immobilizzazioni, tutti i crediti con scadenza superiore ai 12



mesi; nell'attivo circolante, invece, sono incluse le voci con esigibilità entro i 12 mesi, graduate per grado di liquidità

Gli obiettivi conoscitivi dell'analisi finanziaria dello Stato patrimoniale sono applicabili anche alle Aziende sanitarie; i profili del grado di indebitamento, della situazione finanziaria, della correlazione tra scadenza delle fonti e scadenza degli impieghi rappresentano anche per la gestione delle aziende sanitarie e dell'Ente regionale sovrastante elementi informativi fondamentali per l'orientamento delle decisioni gestionali ed il giudizio a consuntivo della gestione svolta.

Per il Conto economico, il modello di riclassificazione scelto è quello con l'evidenziazione del «valore aggiunto», specificatamente elaborato per le aziende sanitarie [Cinquini, Miolo Vitali, Nuti 2002]. All'inizio dell'esperienza di valutazione, era stato elaborato un riclassificato che si basava sui bilanci aziendali; dal 2004 si è invece adottato come fonte informativa il «flusso CE», flusso ministeriale contenente un dettaglio maggiore dei costi rispetto al conto economico civilistico. Il flusso CE ed il conto economico civilistico hanno la stessa base dati: il piano dei conti aziendale. La Regione Toscana ha esplicitato la riconciliazione del piano dei conti regionale – e quindi aziendale – con i prospetti di bilancio ed i flussi CE ed i flussi SP.

In questo modello il valore della produzione è individuato al netto dei costi capitalizzati per le sterilizzazioni e dei contributi straordinari in conto esercizio⁴, contabilizzati nel valore della produzione. Pertanto nel modello CE riclassificato, tanto le sterilizzazioni che i contributi straordinari in conto esercizio sono scorporati dai costi capitalizzati – inseriti nel valore della produzione – e riproposti dopo il risultato di esercizio rilevante ai fini gestionali con il solo scopo di effettuare la riconciliazione con il reddito finale. In questo modo tali poste non incidono su alcuno dei risultati del riclassificato che sono utilizzati per la costruzione degli indici economici.

⁴ Ad esempio, riguardo al bilancio 2003 i contributi straordinari si riferiscono alle risorse integrative erogate alle aziende sanitarie con le delibere G.R. 325/04 e 373/04.





La logica adottata in questo schema di riclassificazione è quella di individuare gli elementi reddituali raggruppati in base alle seguenti aree della gestione aziendale: operativa/caratteristica (sanitaria in senso stretto), atipica, finanziaria, straordinaria e fiscale.

La riclassificazione del Conto economico evidenzia cinque margini anteriori ed intermedi rispetto al risultato netto:

- *Valore aggiunto*: dato dalla differenza fra valore della produzione – individuato al netto dei costi capitalizzati per sterilizzazioni e dei contributi straordinari in conto esercizio – e costi della produzione relativi ai fattori acquisiti da economie esterne. Questo margine esprime la capacità della gestione aziendale di coprire i propri costi interni (personale e ammortamenti), successivamente remunerare il capitale di credito (area finanziaria), e infine sostenere i costi connessi con la gestione fiscale.
- *Margine sanitario lordo (MSL)*: individua la capacità di remunerare i costi connessi agli ammortamenti e accantonamenti, oltre che degli altri fattori (capitale di credito) e delle altre gestioni.
- *Margine sanitario netto (MSN)*: è il risultato dell'attività tipica dell'Azienda sanitaria, ossia l'utile operativo relativo alla gestione sanitaria. Questo margine individua la capacità della gestione di contenere i costi dell'attività tipica entro i limiti delle risorse disponibili (valore produzione).
- *Risultato lordo*: manifesta il risultato complessivo aziendale al lordo delle imposte.
- *Risultato ante rettifiche*: riporta ciò che corrisponderebbe al risultato d'esercizio se non fosse prevista la sterilizzazione degli ammortamenti e l'assegnazione delle risorse straordinarie deliberate a fine esercizio per integrare il bilancio. Questo indice esprime la capacità della gestione di realizzare l'attività aziendale sostenendo costi in equilibrio con le risorse disponibili. In un'ottica economico-aziendale questo sarebbe il risultato da analizzare, perché l'Azienda in equilibrio dovrebbe



sempre operare con l'obiettivo della remunerazione di tutti i fattori produttivi, quindi anche i beni oggetto di sterilizzazione.

Le rettifiche riguardano quindi gli ammortamenti sterilizzati e le risorse integrative emanate con delibere regionali. In particolare, per quanto riguarda le risorse integrative, queste non vengono sottratte del tutto al valore della produzione: non viene eliminata dal valore della produzione quella quota parte di risorse attribuite dalla Regione a tutte le aziende per «costi esogeni» – come ad esempio l'elevato incremento della spesa farmaceutica nel 2004 e le risorse volte a coprire i rinnovi contrattuali nei vari esercizi.

Queste rettifiche sono applicate grazie alla collaborazione con il settore Finanza della Regione Toscana.

Un'altra annotazione da segnalare è quella relativa al costo del personale: in questa categoria sono stati inseriti oltre ai costi relativi all'IRAP anche i costi per personale comandato – che, se esiste personale di altra Azienda che lavora presso l'Azienda in oggetto, incrementa i costi; riduce i costi se il personale dell'Azienda in oggetto va a lavorare in un altro ente – ed i costi relativi ai contratti atipici. In questo modo si intende analizzare un costo del lavoro dove il costo del personale dipendente è la quota preponderante.

TAB. 3. *Conto economico riclassificato*

A1	1) Contributi c/esercizio	
A1.1	1.1) risorse integrative	(-)
A1.2	1.2) risorse integrative area metropolitana	(-)
A1.2.1	di cui:riconoscimento per rinnovi contrattuali	(+)
A1.2.2	contributi per rinnovi contrattuali da erogare	(+)
A2	2) Proventi e ricavi diversi	
A2.1	A2.1) rimborso personale comandato presso altre aziende	(-)
A3	3) Compensazione regionale attiva	



TAB. 3. *Conto economico riclassificato*

A4	4) Compensazione extraregionale attiva
A5	5) Intramoenia
A5.1	5.1) Compartecipazione sanitaria al personale per attività libero professionale (-)
A6	6) Costi capitalizzati (diversi da sterilizzazioni)
A	VALORE DELLA PRODUZIONE
B	(B) Costi della produzione
B1	1) Acquisti di beni
B2	2) Costi per servizi
B21	2.1) Costi per prestazioni da servizio pubblico
B211	2.1.1) Compensazione Sanitaria Regionale di cui costo per personale comandato in Azienda
B212	2.1.2) Compensazione Sanitaria Extraegionale
B22	2.2) Costi per prestazioni da servizio privato
B221	2.2.1) Spesa per le convenzioni di cui costi per applicazione rinnovo contrattuale
B222	2.2.2) Spesa per assistenza specialistica ambulatoriale da privato
B224	2.2.4) Trasporti per emergenza-urgenza (118, organi, plasma)
B225	2.2.5) Altro di cui costo del lavoro interinale
B3	3) Spesa farmaceutica da convenzione
B31	- da convenzione (comprende la somministrazione diretta)
B32	- acquisti prodotti farmaceutici
B33	- di cui acquisto farmaci per erogazione diretta
B4	4) Formazione (esternalizzata e non)
B5	5) Manutenzioni e riparazioni
B6	6) Godimento di beni di terzi
B61	6.1) Canoni leasing operativo
B7	7) Oneri diversi di gestione
B8	8) Variazione delle rimanenze
	Totale costi esterni



TAB. 3. *Conto economico riclassificato*

A-B	VALORE AGGIUNTO (A-B)
	9) Personale
B91	9.1) ruolo sanitario
B92	9.2) Personale del ruolo professionale e tecnico
B93	9.3) Personale del ruolo amministrativo
	9.4) Altro costo del lavoro
B10	10) Irap
B94	Costo per att. Tipiche personale comandato presso (-) altre aziende
B95	Costo personale comandato in Azienda
B96	Costo del lavoro interinale di cui costi per applicazione rinnovo contrattuale di competenza dell'esercizio
MSL	MARGINE SANITARIO LORDO
B12	12) Amm.to delle immobilizzazioni immateriali
B13	13) Amm.to delle immobilizzazioni materiali
B14	14) Svalutazione dei crediti
B16	16) Acc.ti tipici dell'esercizio di cui: riconoscimento per rinnovi contrattuale (ac- cantamenti)
MSN	MARGINE SANITARIO NETTO
C1	1) Proventi/oneri attività da reddito
C2	2) Acc.ti non tipici dell'attività sanitaria
C3	3) Concorsi, recuperi, rimborsi per attività non tipiche
	(C) Risultato della gestione accessoria
D1	1) Interessi passivi
D2	2) Interessi attivi
D3	3)Altri proventi e rettifiche
D31	4) Altri oneri e rettifiche
	(D) Risultato della gestione finanziaria
E1	1) Minusvalenze



TAB. 3. *Conto economico riclassificato*

E2	2) Plusvalenze	
E3	3) Sopravvenienze attive	
E31	3) Sopravvenienze passive	
	(E) Risultato della gestione straordinaria	
	RISULTATO LORDO (MSN +/- C, +/- D, +/- E)	
IMP	Imposte dirette	
	RISULTATO ECONOMICO ANTE RETTIFICHE	
AMMS	Quote ammortamento sterilizzate	
A11	1.1) risorse integrative	
A12	1.2) risorse integrative di area metropolitana	
A12.1+A12.2	Contributi da rinnovo contrattuale	(-)
	RISULTATO DI ESERCIZIO	

2. *Gli indicatori di valutazione della dinamica economico-finanziaria (Elisabetta Felloni, Milena Vainieri)*

L'analisi della dinamica economico-finanziaria fornisce un quadro complessivo sia dei rapporti avvenuti tra l'Azienda e l'ambiente esterno, sia del valore e dei movimenti dei beni che formano il suo patrimonio. Gli indicatori utilizzati nel modello forniscono informazioni sugli aspetti della gestione aziendale: l'indicatore F1 analizza la situazione reddituale, l'indicatore F5 analizza la situazione finanziaria ed infine l'indicatore F3 analizza la situazione patrimoniale.

Grazie ad un lavoro svolto dalla Regione Toscana e dalle aziende sanitarie, dal 2005, anno della loro introduzione, le aziende adottano principi contabili uniformi. I principi contabili adottati con la delibera G.R.T. n. 1343 del 20 dicembre 2004 e con il decreto G.R.T. n. 8102 del 24 dicembre 2004 contengono una serie di indicazioni specifiche per il settore sanitario; vi è stata inoltre una correzione degli errori più significativi. Queste operazioni hanno dato omogeneità ai valori iscritti negli stati





patrimoniali [Persiani 1999]. Inoltre da alcuni anni sempre più aziende sanitarie toscane sono sottoposte alla certificazione del bilancio da parte di società di revisione. Il fatto che un'Azienda si sottoponga al controllo esterno di una società di revisione implica che segua i principi contabili, che produca dati verificati da una serie procedure di controllo interno e che sia pronta ad essere controllata da società esterne⁵ [Persiani 2006]. Tutto questo permette una maggiore confrontabilità dei dati e quindi una migliore qualità delle informazioni fornite attraverso la comparazione degli indici.

Gli indicatori qui presentati si basano sui *Flussi CE* – più dettagliati del conto economico contenuto nel bilancio – , sugli Stati Patrimoniali e le Note Integrative dei bilanci ed infine su una serie di informazioni extracontabili – come le delibere sulle risorse integrative. Pertanto la tempistica di aggiornamento dei valori nel sistema di valutazione dipende dai tempi tecnici di chiusura dei bilanci e di invio alla Regione per la successiva approvazione.

Equilibrio economico

L'indicatore F1 analizza l'equilibrio economico ed esprime la capacità dell'Azienda di raggiungere condizioni di funzionalità e di sviluppo durature nel tempo. L'indicatore si compone di due indici per le aziende territoriali e di tre indici per le aziende ospedaliero-universitarie⁶.

I due indicatori comuni alle aziende sanitarie analizzano

⁵ Inoltre, obiettivo regionale è quello di portare, nel giro di pochi anni, alla certificazione di bilancio tutte le aziende sanitarie toscane.

⁶ Il ROI (Return on Investment) è calcolato solamente per le Aziende Ospedaliero-Universitarie, per le quali, dato il meccanismo di finanziamento prevalentemente basato sui valori tariffari delle prestazioni erogate, può consentire un'utile analisi economica dell'andamento gestionale. Infatti nelle AOU l'esistenza di un sistema di tariffazione delle prestazioni (DRGs) che lega i ricavi correnti al volume dell'attività svolta, rende significativo il calcolo di questo indice, diversamente dal caso delle AUSL dove i ricavi sono quasi del tutto scollegati dal volume delle prestazioni erogate e legati a parametri diversi (quota capitaria). Esso non è riportato in questo capitolo.





il primo la situazione economica complessiva dell'Azienda ed il secondo, in particolare, la situazione economica della gestione caratteristica che corrisponde all'attività principale svolta dall'Azienda – ossia l'attività sanitaria. Qui di seguito si riporta l'albero relativo agli indicatori calcolati e proporzionati rispetto alla scala 1 – 5 del punteggio che viene rappresentato nel bersaglio.

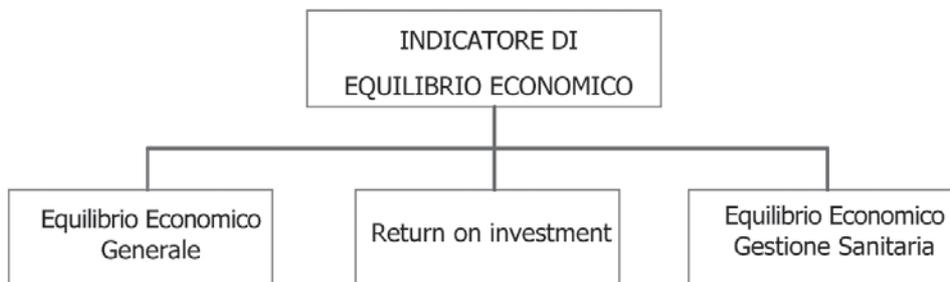


FIG. 3. L'Albero di valutazione per l'equilibrio economico nelle aziende sanitarie locali



FIG. 4. L'Albero di valutazione per l'equilibrio economico nelle aziende ospedaliero-universitarie



2.1. Equilibrio economico generale

L'equilibrio economico generale è calcolato come rapporto tra il risultato economico *ante rettifiche* ed il valore della produzione, ed esprime la capacità del management di realizzare l'attività aziendale sostenendo costi in equilibrio con il complesso delle risorse disponibili, considerando l'effetto di tutte le gestioni – tipica, accessoria, finanziaria e straordinaria – e delle imposte sul risultato complessivo aziendale prime delle rettifiche.

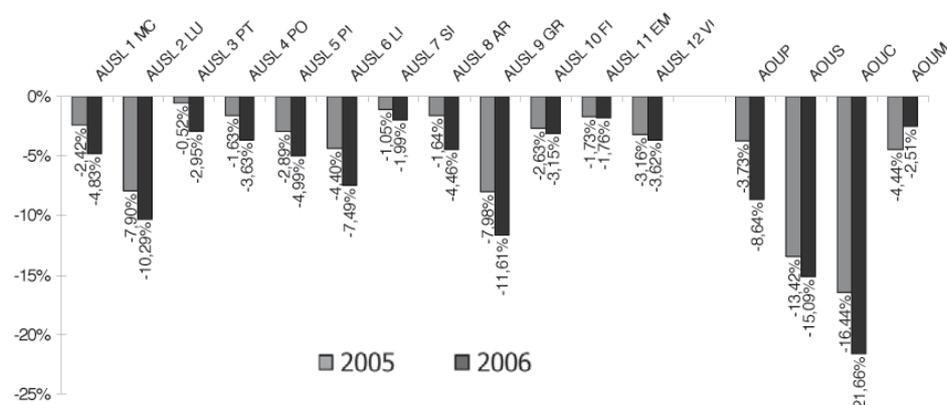


FIG. 5. Il Trend dell'Equilibrio economico generale, 2005 - 2006

TAB. 4. Il Trend dell'equilibrio economico generale, 2005 - 2006

Azienda	2005			2006		
	RISULTATO ANTE RETTIFICHE	VALORE DELLA PRODUZIONE	INDICATORE	RISULTATO ANTE RETTIFICHE	VALORE DELLA PRODUZIONE	INDICATORE
AUSL 1 MC	-8.478,15	350.641,85	-2,42%	-17.146,16	354.883,84	-4,83%
AUSL 2 LU	-28.009,44	354.404,56	-7,90%	-36.247,91	352.405,09	-10,29%
AUSL 3 PT	-2.301,44	442.284,56	-0,52%	-13.242,80	449.657,20	-2,95%
AUSL 4 PO	-6.005,93	369.320,07	-1,63%	-13.617,61	374.694,39	-3,63%
AUSL 5 PI	-14.329,23	495.478,77	-2,89%	-24.957,09	499.701,91	-4,99%
AUSL 6 LI	-23.764,92	540.559,08	-4,40%	-40.975,38	547.155,62	-7,49%
AUSL 7 SI	-4.446,24	425.374,76	-1,05%	-8.444,44	425.280,56	-1,99%
AUSL 8 AR	-8.781,49	535.349,51	-1,64%	-24.048,50	539.353,50	-4,46%
AUSL 9 GR	-27.853,46	348.862,54	-7,98%	-40.904,20	352.200,00	-11,61%
AUSL 10 FI	-34.015,45	1.293.027,55	-2,83%	-41.864,35	1.329.022,65	-3,15%
AUSL 11 EM	-6.023,00	348.562,00	-1,73%	-6.192,31	352.219,69	-1,76%
AUSL 12 VI	-8.617,46	272.614,54	-3,16%	-9.939,03	274.509,97	-3,62%
AOUP	-16.278,73	436.735,27	-3,73%	-38.626,23	447.099,77	-8,64%
AOUS	-27.246,95	202.971,05	-13,42%	-29.856,85	197.863,15	-15,09%
AOUC	-71.786,88	436.629,12	-16,44%	-92.943,65	429.041,35	-21,66%
AOUM	-2.563,30	57.713,70	-4,44%	-1.692,28	67.319,72	-2,51%
MEDIA regionale	-18.156,38	431.908,06	-4,75%	-27.543,67	437.025,58	-6,79%



Il risultato ante rettifiche non corrisponde al risultato d'esercizio esposto in bilancio, ma è un risultato intermedio che nel modello a scalare del Conto Economico Riclassificato è dato dalla differenza tra il valore della produzione e tutti i costi della gestione.

Le rettifiche indicate nel par. 1.3 vanno ad incrementare o a ridurre il valore della produzione sulla base di alcune valutazioni di carattere gestionale che portano ad una media scarsa delle performance delle aziende sanitarie ed ospedaliere. È da segnalare che questa valutazione è utilizzata ai fini interni regionali per un *benchmarking* fra le aziende sanitarie toscane e non per confronti con altre realtà regionali. La regione Toscana governa nel tempo le risorse da distribuire alle aziende, le valutazioni effettuate sull'equilibrio economico sono legate a rettifiche che peggiorano i risultati intermedi per tutte le aziende, evidenziando perdite dovute alla non distribuzione di alcune risorse regionali. Le valutazioni effettuate a livello nazionale, infatti, considerano la Toscana come una regione virtuosa, in quanto riesce a controllare la propria spesa sanitaria⁷.

⁷ Osservando i comportamenti delle Regioni nel triennio 2003-05, Vittorio Mapelli su business on line (<http://www.businessonline.it/1/EconomiaeFinanza/1677/bilanci-sanita-regionale-migliori-peggiori.html>) classifica le regioni in sei gruppi in base alla loro condotta:

1. Un gruppo di Regioni che non ricorre all'imposizione fiscale, riuscendo a contenere il deficit su bassi livelli (Friuli-Venezia Giulia, Umbria, Puglia, Basilicata e Calabria).
2. Un gruppo di Regioni che non controlla la spesa e che presenta i maggiori deficit di bilancio (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sardegna).
3. Un gruppo che punta sul controllo della spesa sanitaria ricorrendo anche all'imposizione fiscale (Lombardia, Veneto, Marche). Hanno disavanzi minimi o addirittura degli avanzi.
4. Un gruppo che controlla la spesa sanitaria ricorrendo anche a risorse autonome di bilancio (Bolzano, Emilia-Romagna, Toscana). Hanno disavanzi minimi o addirittura degli avanzi.
5. Un gruppo che seppur introducendo risorse aggiuntive di bilancio, non riesce a controllare la spesa o la pretesa di migliori livelli qualitativi dei servizi (Valle d'Aosta e Trento).

Ultimo gruppo che pur contando sul gettito aggiuntivo delle imposte e dei ticket e pur con livelli di spesa inferiori alla media nazionale, presenta comunque disavanzi consistenti (Piemonte, Liguria e Sicilia).



2.2. Equilibrio economico gestione sanitaria

Questo indicatore è calcolato come rapporto tra margine sanitario netto e valore della produzione; tale margine è significativo perché evidenzia la capacità dell'Azienda di coprire i costi relativi alla gestione dei servizi sanitari, ossia la sua gestione caratteristica.

L'indice mostra la capacità dell'Azienda di contenere i costi della produzione tipica entro il limite delle remunerazioni assegnate o dei contributi tariffari connessi all'attività erogata.

Questo indicatore è interessante in sede di valutazione dell'attività propria dell'Azienda sanitaria e delle sue prospettive future escludendo quindi fattori straordinari che inciderebbero positivamente – come le plusvalenze derivanti dall'alienazione dei beni di proprietà dell'Azienda – o negativamente – come le sopravvenienze passive –, ed escludendo anche i risultati positivi o negativi derivanti dalla gestione finanziaria e fiscale.

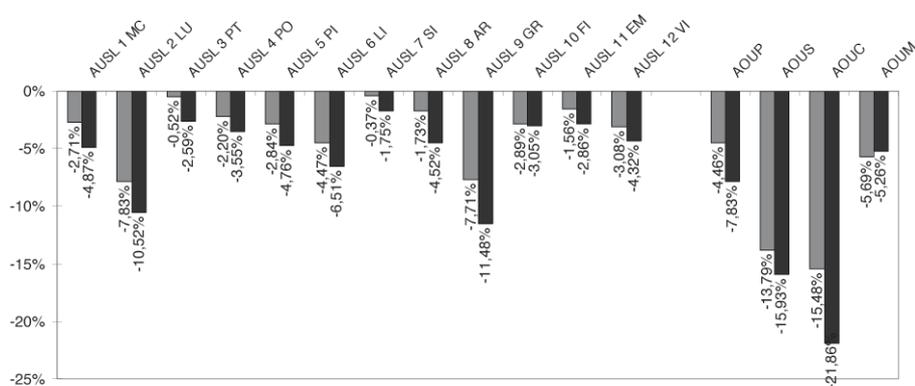


FIG. 6. Il Trend dell'equilibrio economico della gestione sanitaria, 2005 - 2006

Equilibrio patrimoniale

L'analisi dell'equilibrio patrimoniale, espresso dalla seconda classe di indicatori, ha come obiettivo quello di capire se l'Azienda risulta essere eccessivamente indebitata



o, diversamente, presenta un equilibrato rapporto fra capitali propri e mezzi di terzi.

Dal 2005 possono essere calcolati e confrontati con maggior tranquillità anche gli indici basati sullo Stato Patrimoniale, in quanto esiste omogeneità fra le aziende relativamente alla valutazione di alcune poste di bilancio grazie all'applicazione di principi contabili uniformi.

Di seguito si riportano le prime elaborazioni Patrimoniali sulla base dei dati pervenuti.

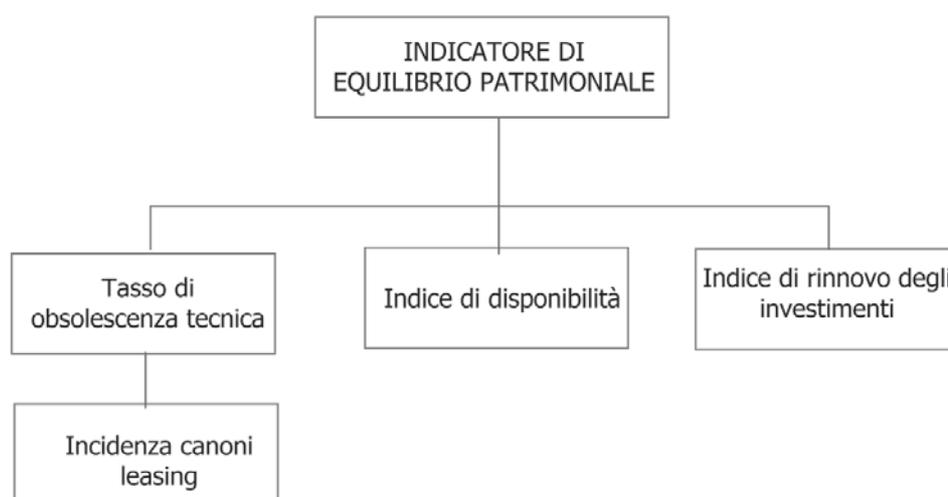


FIG. 7. L'albero di valutazione per l'equilibrio patrimoniale

La solidità e la solvibilità dell'Azienda sono due facce della stessa medaglia, ossia della capacità aziendale di far fronte ai propri impegni nei tempi previsti dagli accordi contrattuali: la solidità rappresenta il presupposto strutturale (equilibrio patrimoniale), mentre la solvibilità esprime il presupposto dinamico di questa capacità (equilibrio finanziario), vale a dire la presenza di un'equilibrata sincronizzazione fra entrate e uscite finanziarie.

Gli altri tre indici, il Tasso di obsolescenza tecnica, l'Incidenza dei canoni di leasing sui costi delle immobilizzazioni e l'Indice di rinnovo degli investimenti, vanno analizzati congiuntamente in quanto offrono informazioni





complementari sullo stesso fenomeno, ovvero la politica degli investimenti.

Oggi, infatti, la medicina può definirsi un settore ad alto contenuto tecnologico, dove le capacità di diagnosi e di cura sono strettamente correlate alla disponibilità di strumenti tecnologici sempre più avanzati e quindi la propensione dell'Azienda ad investire in questo senso è un indicatore *proxy* della volontà di mantenere ed accrescere i livelli qualitativi dei servizi offerti.

La fonte dei dati sono le note integrative delle aziende.

2.3. *Indice di disponibilità*

L'unico indice attualmente oggetto di valutazione dell'equilibrio patrimoniale è l'indice di disponibilità, in quanto gli altri tre indici in precedenza descritti, che analizzano le politiche di investimento in attrezzature sanitarie e macchinari, vengono calcolati e comunicati con finalità di supporto informativo e stimolo nei confronti del management rispetto all'utilizzazione di informazioni di bilancio a supporto delle proprie decisioni, anche sulla base del confronto con le altre aziende.

L'indice di disponibilità è dato dal rapporto tra attivo corrente e passivo corrente ed esprime la capacità dell'Azienda sanitaria di fronteggiare le passività correnti con il capitale circolante generato dalla gestione.

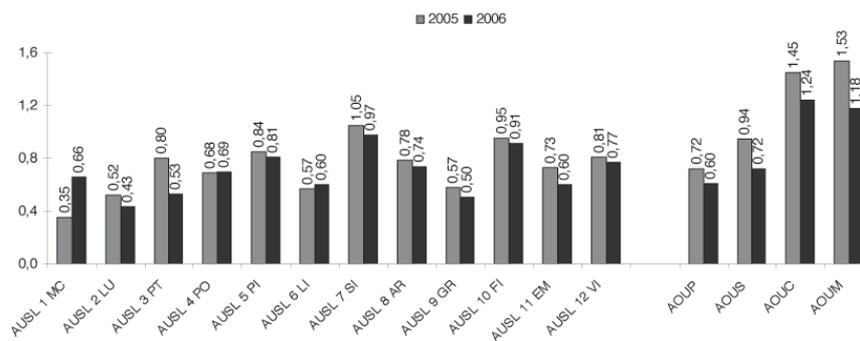


FIG. 8. Il Trend dell'Indice di disponibilità, 2005 - 2006





I valori di equilibrio dell'indice sono quelli superiori all'unità, in quanto si richiede che nel complesso solo una parte dell'attivo circolante sia impiegato per il rimborso degli impegni a breve; questo per avere un margine di sicurezza che tenga conto di poste che, sebbene presenti nel circolante, sono di difficile realizzazione in termini monetari – come i crediti nei confronti della Regione, verso cui l'Azienda ha scarso potere contrattuale.

In media le aziende sanitarie registrano una performance che non supera l'unità, esprimendo una certa difficoltà finanziaria.

Fra il 2005 e 2006, infatti, quasi tutte le aziende sia sanitarie che ospedaliero-universitarie, presentano un peggioramento della performance dell'indice di disponibilità.

TAB. 6. *Il Trend dell'Indice di disponibilità, 2005 - 2006*

Azienda	2006			2005		
	ATTIVO CIRCOLANTE	PASSIVO CIRCOLANTE	INDICATORE	ATTIVO CIRCOLANTE	PASSIVO CIRCOLANTE	INDICATORE
AUSL 1 MC	118.881,00	180.689,00	0,66	73.995,22	212.239,07	0,35
AUSL 2 LU	73.324,00	170.704,00	0,43	102.796,95	198.305,35	0,52
AUSL 3 PT	110.388,00	207.951,00	0,53	172.602,28	215.898,69	0,80
AUSL 4 PO	105.629,50	152.358,00	0,69	110.870,41	161.879,03	0,68
AUSL 5 PI	247.305,00	305.168,00	0,81	274.050,79	324.596,98	0,84
AUSL 6 LI	180.662,00	302.550,00	0,60	169.018,40	298.074,18	0,57
AUSL 7 SI	226.269,24	232.248,02	0,97	241.182,00	229.771,96	1,05
AUSL 8 AR	136.927,00	185.560,00	0,74	143.485,76	182.697,32	0,78
AUSL 9 GR	94.420,00	187.752,37	0,50	114.736,59	200.243,17	0,57
AUSL 10 FI	626.529,84	685.813,01	0,91	668.097,91	703.574,11	0,95
AUSL 11 EM	100.926,00	169.203,00	0,60	123.696,24	169.126,65	0,73
AUSL 12 VI	87.206,00	113.748,00	0,77	97.783,99	120.692,95	0,81
AOUP	128.587,00	212.711,00	0,60	140.996,20	195.379,69	0,72
AOUS	82.346,00	114.255,00	0,72	132.989,54	141.223,10	0,94
AOUC	351.183,00	283.366,00	1,24	395.237,87	273.381,93	1,45
AOUM	44.420,00	37.664,00	1,18	50.849,47	33.184,13	1,53
MEDIA REGIONALE	169.687,72	221.358,77	0,75	188.274,35	228.779,28	0,83

2.4. *Tasso di obsolescenza tecnica*

Il tasso di obsolescenza mostra la diminuzione del valore delle immobilizzazioni materiali, ed è costruito come rapporto tra il totale degli ammortamenti effettuati e costo storico delle immobilizzazioni materiali, con riferimento agli impianti e macchinari (sanitari e non sanitari) e alle attrezzature sanitarie e scientifiche.



La sua importanza è da collegarsi alla performance nell'attività di programmazione e di sostituzione sistematica di impianti obsoleti ed indica la necessità di prevedere un piano di rinnovo degli investimenti tanto più urgente quanto più l'indice si avvicina a 100.

Come possiamo osservare dal grafico, quasi tutte le aziende sanitarie mostrano un valore superiore al 50%, con l'eccezione dell'AUSL 4 e dell'AOUS. Si può osservare come le

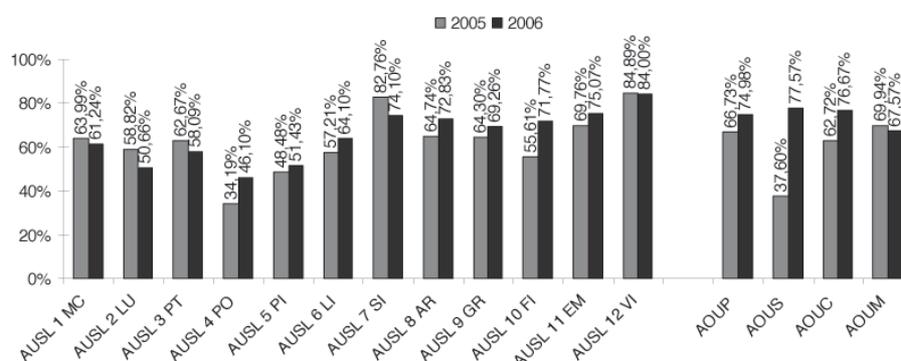


FIG. 9. Il Trend del tasso di obsolescenza Tecnica, 2005 - 2006

TAB. 7. Il Trend del tasso di obsolescenza Tecnica, 2005 - 2006

Azienda	2006			2005		
	Tot. F.di Amm.to IMMOBILIZZAZIONI SANITARIE	Valore di acquisto o di produzione MACCHINARI E ATTREZZATURE SANITARIE	INDICATORE	Tot. F.di Amm.to IMMOBILIZZAZIONI SANITARIE	Valore di acquisto o di produzione MACCHINARI E ATTREZZATURE SANITARIE	INDICATORE
AUSL 1 MC	25.584.384,00	41.777.595,00	61,24%	24.324.129,00	38.012.820,00	63,99%
AUSL 2 LU	34.105.425,00	67.321.777,00	50,66%	37.951.693,00	64.518.954,00	59,82%
AUSL 3 PT	22.830.760,90	39.299.037,96	58,09%	19.708.964,98	31.449.512,23	62,67%
AUSL 4 PO	9.458.879,31	20.519.545,72	46,10%	6.052.427,68	17.702.246,74	34,19%
AUSL 5 PI	21.589.891,84	41.978.512,05	51,43%	17.205.633,69	35.488.336,84	48,48%
AUSL 6 LI	44.914.726,00	70.067.843,00	64,10%	37.982.470,00	66.387.863,00	57,21%
AUSL 7 SI	26.607.645,12	35.908.698,32	74,10%	31.995.939,80	38.660.030,74	82,76%
AUSL 8 AR	40.073.257,77	55.022.820,25	72,83%	33.764.577,00	52.156.712,00	64,74%
AUSL 9 GR	32.138.594,00	46.405.548,00	69,26%	28.409.881,00	44.184.582,00	64,30%
AUSL 10 FI	69.206.864,67	96.431.062,39	71,77%	33.619.976,17	60.451.439,53	55,61%
AUSL 11 EM	30.149.507,00	40.162.135,00	75,07%	26.770.659,00	38.372.814,00	69,76%
AUSL 12 VI	23.107.055,84	27.509.933,01	84,00%	19.667.075,97	23.167.191,95	84,89%
AOUP	80.368.562,02	107.193.746,36	74,98%	67.572.980,85	101.270.397,97	66,73%
AOUS	34.458.670,91	44.419.893,30	77,57%	17.280.645,87	45.954.013,54	37,60%
AOUC	81.743.686,00	106.614.026,00	76,67%	66.426.383,00	105.911.769,00	62,72%
AOUM	11.879.042,27	17.580.014,89	67,57%	9.735.952,80	13.920.914,11	69,94%
MEDIA REGIONALE	36.763.559,54	53.638.254,89	67,21%	26.454.452,27	42.546.041,92	61,53%



aziende sanitarie toscane garantiscano ai propri cittadini il mantenimento delle attrezzature sanitarie e dei macchinari, analizzando sia il ricorso al leasing, sia il peso dei nuovi investimenti in immobilizzazioni materiali.

2.5. Incidenza dei canoni di leasing

Questo indicatore mostra il ricorso a immobilizzazioni materiali non di proprietà, ed è costruito come rapporto tra canoni leasing e sommatoria dei canoni leasing ed ammortamenti, con riferimento alle sole immobilizzazioni materiali.

Mostra la scelta dell'Azienda di ricorrere alle immobilizzazioni materiali di proprietà oppure a quelle non di proprietà.

Analizzando globalmente le aziende sanitarie, locali ed ospedaliere, possiamo affermare che esse ricorrono al leasing per una percentuale che in media non supera il 5% del costo relativo all'utilizzo di beni strumentali tra il 2005 e 2006, ma le politiche delle aziende sono molto differenziate come appare nella figura 10.

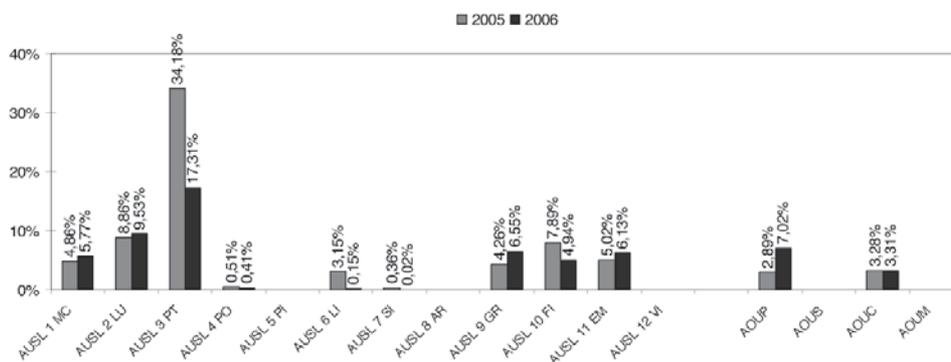


FIG. 10. Il Trend dell'incidenza dei canoni leasing, 2005 - 2006



TAB. 8. *Il Trend dell'incidenza dei canoni leasing 2005 - 2006*

Azienda	2006			2005		
	CANONI DI LEASING	AMMORTAMENTI E CANONI DI LEASING	INDICATORE	CANONI DI LEASING	AMMORTAMENTI E CANONI DI LEASING	INDICATORE
AUSL 1 MC	-470,00	-8.279,00	5,77%	-373,00	-7.681,00	4,86%
AUSL 2 LU	-1.010,00	-10.594,00	9,53%	-965,00	-10.887,00	8,86%
AUSL 3 PT	-1.131,00	-6.534,00	17,31%	-1.528,00	-4.470,00	34,18%
AUSL 4 PO	-31,00	-7.568,00	0,41%	-37,00	-7.200,00	0,51%
AUSL 5 PI		-6.380,00			-5.497,00	
AUSL 6 LI	-19,00	-12.719,00	0,15%	-402,00	-12.751,00	3,15%
AUSL 7 SI	-1,00	-6.582,00	0,02%	-25,00	-6.910,00	0,36%
AUSL 8 AR		-10.780,00			-10.100,00	
AUSL 9 GR	-481,00	-7.347,00	6,55%	-300,00	-7.039,00	4,26%
AUSL 10 FI	-879,00	-17.792,00	4,94%	-1.472,00	-18.649,00	7,89%
AUSL 11 EM	-414,00	-6.751,00	6,13%	-411,00	-8.193,00	5,02%
AUSL 12 VI		-6.350,00			-6.297,00	
AOUP	-1.162,00	-16.546,00	7,02%	-469,00	-16.255,00	2,89%
AOUS	0,00	-3.809,00			-3.907,00	
AOUC	-571,00	-17.231,00	3,31%	-543,00	-16.579,00	3,28%
AOUM		-3.065,00			-2.698,00	
MEDIA REGIONALE	-386,06	-9.270,44	3,82%	-407,81	-9.069,56	4,70%

2.6. *Indice di rinnovo degli investimenti*

Questo indicatore di rinnovo degli investimenti è dato dal rapporto tra i nuovi investimenti ed il costo storico delle immobilizzazioni materiali. Esso mostra la percentuale di risorse rispetto alle immobilizzazioni materiali destinate ogni anno alla sostituzione di queste ultime. Per nuovi investimenti si intendono le acquisizioni e le donazioni nell'esercizio di immobilizzazioni materiali, con riferimento agli impianti e macchinari (sanitari e non sanitari) e alle attrezzature sanitarie e scientifiche.

Si è circoscritta l'analisi alle immobilizzazioni materiali in quanto ad esse sono riconducibili gli investimenti in tecnologia sanitaria, politica necessaria per mantenere alta la qualità dei servizi sanitari offerti, anche se sappiamo non essere sufficiente da sola.

Nel 2006, in media, l'indicatore non supera il 10%.

La presenza di un valore positivo negli investimenti esprime l'impegno delle aziende a fornire ai propri utenti servizi di buona qualità utilizzando tecnologie avanzate.

Nel complesso si riscontra un maggior ricorso ad inve-

stimenti in proprietà – in media nel 2006 risultano vicini al 10% – piuttosto che il ricorso al leasing.

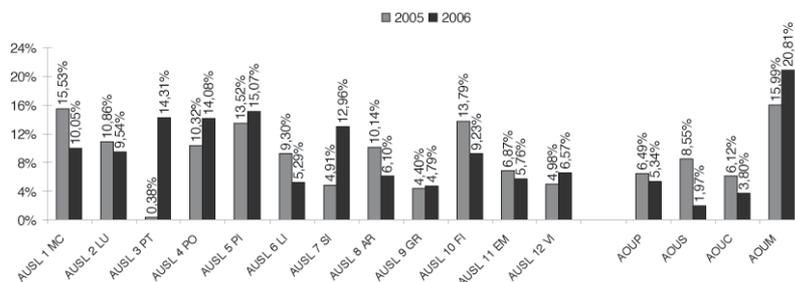


FIG. 11. Il Trend dell'indice di rinnovo degli investimenti, 2005 - 2006

TAB. 9. Il Trend dell'indice di rinnovo degli investimenti, 2005 - 2006

Azienda	2006			2005		
	NUOVI INVESTIMENTI IN IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	VALORE DELLE IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	INDICATORE	NUOVI INVESTIMENTI IN IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	Valore di acquisto o di produzione MACCHINARI E ATTREZZATURE SANITARIE	INDICATORE
AUSL 1 MC	4.196.580,00	41.777.585,00	10,05%	5.904.980,00	38.012.820,00	15,53%
AUSL 2 LU	6.421.629,00	67.321.777,00	9,54%	7.006.091,00	64.518.954,00	10,86%
AUSL 3 PT	5.623.885,43	39.299.037,96	14,31%	118.887,33	31.449.512,23	0,38%
AUSL 4 PO	2.889.775,98	20.519.545,72	14,08%	1.827.638,56	17.702.246,74	10,32%
AUSL 5 PI	6.324.614,10	41.978.512,05	15,07%	4.799.204,76	35.488.336,84	13,52%
AUSL 6 LI	3.703.115,00	70.067.843,00	5,29%	6.171.206,00	66.387.863,00	9,30%
AUSL 7 SI	4.655.207,40	35.908.598,32	12,96%	1.897.520,35	38.660.030,74	4,91%
AUSL 8 AR	3.355.803,10	55.022.820,25	6,10%	5.290.572,00	52.156.712,00	10,14%
AUSL 9 GR	2.221.416,00	46.405.548,00	4,79%	1.944.790,00	44.184.582,00	4,40%
AUSL 10 FI	8.902.026,90	96.431.062,39	9,23%	8.336.647,83	60.451.439,53	13,79%
AUSL 11 EM	2.313.603,00	40.162.135,00	5,76%	2.634.388,00	38.372.814,00	6,87%
AUSL 12 VI	1.808.113,93	27.509.933,01	6,57%	1.153.206,42	23.167.191,95	4,98%
AOUP	5.724.136,16	107.193.746,36	5,34%	6.575.880,11	101.270.397,97	6,49%
AOUS	875.203,33	44.419.893,30	1,97%	3.927.700,29	45.954.013,54	8,55%
AOUC	4.048.415,00	106.614.026,00	3,80%	6.483.408,00	105.911.789,00	6,12%
AOUM	3.659.100,78	17.580.014,89	20,81%	2.225.523,78	13.920.914,11	15,99%
MEDIA REGIONALE	4.367.980,82	48.533.699,81	9,10%	3.923.762,53	42.546.041,92	8,88%

Tra il 2005 e il 2006 si osserva una media regionale in leggera crescita, passando da un 8,88% del 2005 ad un 9,10% del 2006, sintomo di un'attenzione costante, seppur in situazioni di difficoltà, agli investimenti, cui è riconosciuto un ruolo apprezzabile e strategico per la qualità dei servizi sanitari da offrire ai cittadini.

È da precisare anche che la realizzazione di nuovi investimenti va ad aumentare non solo i costi direttamente legati all'investimento (ammortamento annuo), ma anche quelli indiretti, relativi ad altre attività di gestione ad esso collegate – ad esempio i costi di manutenzione dell'investimento, i costi generali o specifici connessi al suo utilizzo.

Equilibrio Finanziario

Gli indicatori utilizzati per l'analisi finanziaria non sono oggetto di valutazione, ma vengono utilizzati per mostrare l'andamento delle aziende sugli aspetti relativi alla liquidità calcolata in modo indiretto tramite gli indici di bilancio.

Anche nell'analisi dell'equilibrio finanziario, abbiamo provveduto ad una prima elaborazione dei dati.

Nella figura 12 si riporta l'albero dell'indicatore composto da:

- **Indice elasticità finanziaria:** calcolato come rapporto tra il capitale circolante netto e il valore della produzione. Il capitale circolante netto misura il margine residuo di attivo corrente al netto degli impegni a breve dell'Azienda. In questo senso è segnaletico della capacità della gestione aziendale di produrre liquidità (immediata o differita) disponibile a breve termine. Considerare come denominatore il valore della produzione consente la comparazione fra le aziende. L'indicatore è stato scelto anche in quanto impiegato a livello internazionale nelle aziende sanitarie.
- **Costo delle scelte di finanziamento,** che a sua volta è formato dalla composizione dei debiti finanziari in quanto la propensione verso forme di finanziamento onerose a breve termine è indice di maggiori oneri finanziari e della dilazione media dei debiti, che esprime il ricorso a farsi finanziarie da terze economie in modo esplicitamente non oneroso.

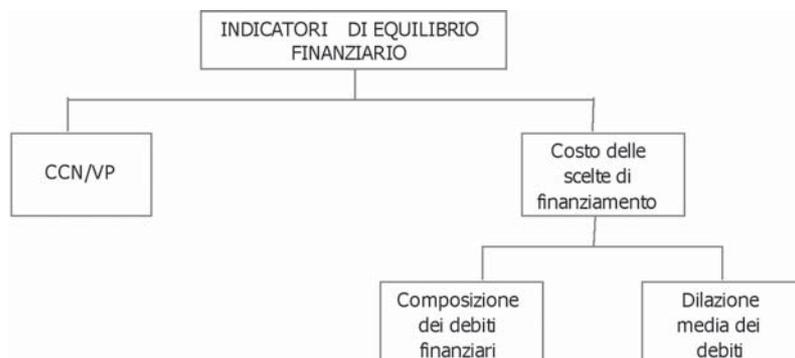


FIG. 12. L'albero di valutazione per l'equilibrio finanziario



2.7. *Dilazione media dei debiti*

L'indicatore *dilazione media dei debiti* è dato dal rapporto fra i debiti verso i fornitori e gli acquisti di beni e servizi – presenti nelle voci del flusso CE relative ad acquisti di beni, spesa per assistenza specialistica ambulatoriale, altri costi per prestazioni da servizio privato, spesa farmaceutica, manutenzione e riparazione, godimento beni di terzi e canoni leasing –, moltiplicato per 360⁸ giorni.

L'indice traduce in termini di numero di giorni il rapporto tra lo stock di debiti rilevati a fine anno rispetto al totale dei costi, che generano indebitamento di fornitura durante l'anno. È quindi un indicatore indiretto della dilazione media dei debiti in quanto desunta da dati di bilancio al termine dell'esercizio.

Tale risultato esprime la durata media dell'indebitamento, ovvero la durata media con cui sono pagati i debiti verso fornitori, evidenziando il potere contrattuale dell'Azienda sanitaria ed il suo grado di correttezza dei rapporti con i fornitori. Questo, ad oggi, si traduce spesso in un potere contrattuale che determina situazioni critiche nelle aziende fornitrici, poiché, nonostante la normativa, si evidenziano pagamenti oltre tre mesi dalla fatturazione, che espongono le aziende fornitrici ad un elevato rischio finanziario dovuto all'eccessiva dilazione dei crediti.

Il grafico mostra la dilazione dei debiti, che nel 2006 passa da un minimo di 115 giorni per l'AUSL 8 di Arezzo ad un massimo di 202 giorni per l'AUSL 9 di Grosseto, mentre la situazione delle aziende ospedaliero-universitarie mostra una maggiore dilazione dei debiti, che vanno da un minimo 210 giorni ad un massimo di 292 giorni.

Tra l'anno 2005 e l'anno 2006 si rileva una diminuzione della dilazione dei debiti per tutte le aziende sanitarie, sia locali che ospedaliere, e come indica la media regionale si è passati da 215 giorni a 176 giorni, a dimostrazione dell'impegno assunto dalle aziende sanitarie nel migliorare i comportamenti con i propri fornitori. La dilazione dei debiti

⁸ Nell'elaborazione effettuata si è considerato l'anno commerciale.



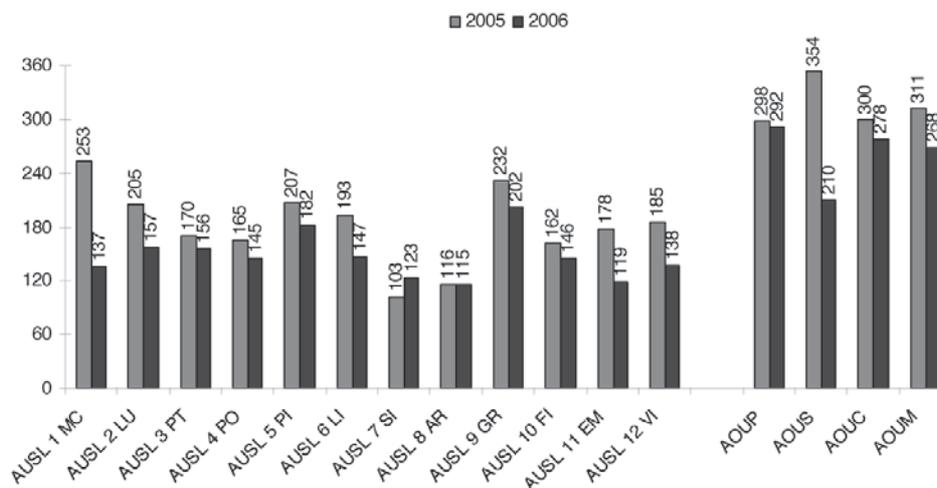


FIG. 13. Il Trend della dilazione media dei debiti, 2005 - 2006

è un aspetto critico per il settore sanitario in quanto tempi elevati di pagamento dei debiti di fornitura – tipicamente debiti di regolamento da liquidare in 30, 60 o 90 giorni – possono indurre le aziende fornitrici in stato di crisi di liquidità. Su questo tema la legge 833/78 all'art. 50 (1° comma, n. 8) integrata con la direttiva CEE 2000/35, già recepita in Italia con il D.Lgs. 231/2002, fissava il tempo massimo di dilazione per il pagamento delle fatture in sanità pari a 90 giorni. Come evidenzia il grafico – e come risulta anche da altre rilevazioni che periodicamente vengono pubblicate sul Sole 24 ore Sanità, i tempi di pagamento delle aziende sanitarie raddoppiano, quando non triplicano, i limiti segnalati dalla normativa, ponendo problemi di liquidità alle aziende fornitrici e maggiori costi per le aziende sanitarie, dovuti alle maggiorazioni dei prezzi applicati ai beni e ai servizi da parte dei fornitori.

Nonostante per la dilazione dei debiti – che risulta essere ancora uno degli aspetti più critici – vi sia un riferimento nazionale/europeo da perseguire, si è scelto di non considerare questo indicatore nella valutazione in quanto i ritardi medi di pagamento delle aziende sanitarie sono strettamente correlati ai ritardi della riscossione dei crediti da parte della Regione. In questo senso la discrezionalità dell'Azienda di ridurre i tempi di pagamento con i fornitori è molto limitata.



Per alleviare la tensione con i fornitori e per aiutare le aziende in difficoltà nella gestione della liquidità, la regione Toscana ha attuato, dal 2005, una manovra finanziaria che ha consentito una riduzione dei tempi di pagamento ed una contestuale riduzione degli oneri finanziari dovuti ad un inferiore ricorso ad anticipazioni del tesoriere.

TAB. 10. *Il Trend della dilazione media dei debiti, 2005 - 2006*

Azienda	2006			2005		
	DEBITI VS FORNITORI	ACQUISTO BENI E SERVIZI	INDICATORE	DEBITI VS FORNITORI	ACQUISTO BENI E SERVIZI	INDICATORE
AUSL 1 MC	56.345,00	148.526,00	137	101.041,61	143.946,00	253
AUSL 2 LU	67.098,00	153.951,00	157	84.459,01	148.059,00	205
AUSL 3 PT	87.735,00	202.826,00	156	91.300,47	192.877,00	170
AUSL 4 PO	68.753,00	170.313,00	145	76.613,28	167.482,00	165
AUSL 5 PI	95.293,00	187.997,00	182	103.979,92	181.184,00	207
AUSL 6 LI	90.442,00	221.960,00	147	114.482,26	213.507,00	193
AUSL 7 SI	45.684,00	133.684,00	123	37.687,70	132.193,00	103
AUSL 8 AR	76.542,00	238.818,00	115	74.116,16	229.217,00	116
AUSL 9 GR	82.778,50	147.563,00	202	90.597,21	140.641,00	232
AUSL 10 FI	229.566,00	566.854,00	146	248.401,98	551.807,00	162
AUSL 11 EM	42.112,00	127.261,00	119	57.921,77	117.085,00	178
AUSL 12 VI	49.367,00	128.946,00	138	62.917,12	122.675,00	185
AOUP	149.904,00	184.817,00	292	142.974,49	172.480,00	298
AOUS	53.195,00	91.010,00	210	88.742,39	90.224,00	354
AOUC	159.289,00	205.906,00	278	178.404,52	213.832,00	300
AOUM	16.727,00	22.432,00	268	16.479,15	19.047,00	311
MEDIA REGIONALE	82.642,96	202.391,58	176	95.293,21	195.056,08	215

3. *Gli indicatori di efficienza operativa* (Cristina Campanale, Linda Marcacci)

Governmento della spesa farmaceutica ed efficienza prescrittiva farmaceutica

Con la delibera 463 del 2006 la Regione Toscana ha messo in atto un'importante manovra per governare la spesa farmaceutica. Tale scelta nasce dall'esigenza di contenere i costi a carico del SSR, che continuano a crescere ogni anno, complice l'invecchiamento della popolazione; la grande sfida della Regione è però quella di perseguire obiettivi di efficienza senza ridurre il livello di assistenza al cittadino; per questo è necessario agire sull'appropriatezza prescrittiva, sostenendo un consumo di farmaci più corretto e adeguato, il più possibile indipendente dalle spinte del marketing delle

multinazionali farmaceutiche. In quest'ottica le aziende sono chiamate ad aumentare l'efficienza, limitando gli sprechi e allo stesso tempo promuovendo una maggiore consapevolezza nell'utilizzo dei farmaci.

La delibera riguarda alcune categorie farmaceutiche nello specifico, ossia quelle che incidono maggiormente sugli aumenti di spesa e consumi. Tali categorie comprendono:

- inibitori di pompa protonica (farmaci antiacidi o antiulcera);
- inibitori della HMG CoA reduttasi (statine);
- sostanze ad azione sul Sistema Renina-Angiotensina (farmaci antipertensivi);
- antagonisti dei recettori alfa adrenergici (farmaci utilizzati per l'ipertrofia della prostata);
- inibitori selettivi della serotonina (farmaci antidepressivi).

Per ognuna di queste categorie, nel mese di giugno 2006, sono stati fissati alcuni obiettivi da raggiungere a dicembre 2006, al fine di definirne i limiti di costo e di consumo; inoltre, sulla base di tali indicazioni, si sono costruiti gli indicatori di performance C9 (Appropriatezza prescrittiva farmaceutica) e F12 (Efficienza prescrittiva).

Il consumo può essere espresso in termini di unità posologiche, confezioni o DDD (dose definita giornaliera). La DDD è un'unità di misura convenzionale che permette di confrontare farmaci a dosaggi differenti. Il costo è invece calcolato come costo medio unitario.

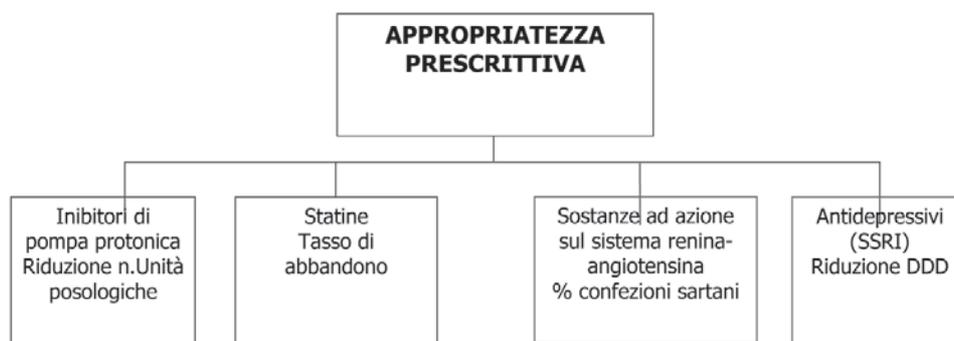


FIG. 14. L'albero di valutazione dell'appropriatezza prescritta farmaceutica

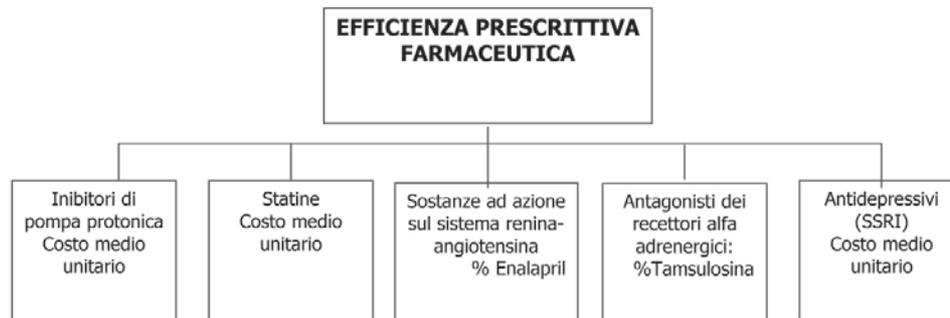


FIG. 15. L'albero dell'efficienza prescritta farmaceutica

Ad esempio, nel caso degli Inibitori di Pompa Acida, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale, il consumo dovrebbe essere mantenuto in ogni singola Azienda entro il limite di 8,1 unità posologiche all'anno per assistito – popolazione pesata secondo i criteri del PSR 2005-2007. Questo perché nel corso degli anni si è registrato un forte aumento del numero delle prescrizioni di antiacidi, spesso legato ad un consumo eccessivo di questi farmaci.

Nonostante l'emanazione della delibera, a dicembre 2006 le aziende sanitarie, pur presentando una situazione non omogenea, si sono posizionate comunque lontane dall'obiettivo regionale.

Infatti, se si considera il trend 2005-2006, viene confermata la crescita dei consumi, che ha fatto registrare un aumento del dato medio regionale, passato nell'arco di un anno da 9,61 a 12,34 unità posologiche.

Al contrario, per quanto riguarda i costi, grazie anche all'introduzione di nuovi farmaci generici, il costo medio regionale, pur non avendo raggiunto l'obiettivo stabilito di 0,80 euro, è sceso da 1,30 a 1,12 euro.

Un altro esempio significativo per comprendere le logiche di introduzione degli indicatori, è quello relativo alle statine. Le statine, impiegate nel trattamento delle iperlipidemie, per essere efficaci da un punto di vista clinico, richiedono un utilizzo costante e continuativo nel tempo: quando si prescrivono questi farmaci è fondamentale far leva sulla *compliance* del paziente, che deve essere ben consapevole e





motivato a cominciare una terapia di lungo periodo. L'indicatore misura il tasso di abbandono, ossia la percentuale di pazienti che consumano meno di tre confezioni l'anno, che indica un utilizzo del farmaco non appropriato. Si segnala infatti che il tasso di abbandono medio relativo al 2004 si attesta intorno al 18%, ben lontano dall'8% indicato dall'obiettivo regionale.

Per l'anno 2007 la delibera 148/07 ha preso il posto della 463/06. La nuova delibera segue la stessa logica della precedente, ma oltre ad abbracciare una gamma più ampia di categorie farmaceutiche, introduce nuovi obiettivi anche per la spesa farmaceutica ospedaliera e per i farmaci a duplice via di distribuzione.

Sulla base delle analisi svolte dal Settore Farmaceutica della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana, si stima che il risparmio ottenibile nel 2007, se venissero rispettati gli obiettivi definiti, potrebbe essere di 68 milioni di euro, corrispondente a circa il 10% della spesa convenzionata, che nell'anno 2006 si è attestata intorno ai 674 milioni di euro.

Secondo i dati e le stime del Settore Farmaceutica della Regione Toscana, nel 2006 il totale della spesa farmaceutica (convenzionata e non convenzionata) a livello regionale è stato pari a 1.078 milioni di euro, mentre per l'anno 2007 era prevista una spesa di oltre 1.120 milioni di euro, calcolando un incremento del 4% dovuto all'invecchiamento della popolazione e all'introduzione di nuovi farmaci più costosi.

In considerazione di questi dati, per monitorare l'andamento complessivo della spesa farmaceutica, nel sistema di valutazione è presente un altro indicatore, denominato *F10-Governo della spesa farmaceutica*. L'indicatore F10 rileva la spesa farmaceutica pro-capite, ovvero la somma dei costi relativi alla farmaceutica convenzionata e ai farmaci distribuiti direttamente rapportati alla popolazione residente pesata secondo i criteri espressi nel PSR 2005-2007. L'indicatore in questione tiene conto, per l'anno 2006 e per i precedenti, solo della spesa farmaceutica convenzionata e diretta, dal momento che il flusso che rileva i consumi ospedalieri





all'interno del presidio fino al livello di reparto in termini di quantità e di spesa è stato attivato a partire dal 2007.

Considerando i risparmi ottenibili secondo i criteri della 148, per il 2007 la Regione ha destinato alle aziende 1.042 milioni di euro, di cui 649 milioni di euro riferiti alla spesa farmaceutica convenzionata e 393 milioni di euro destinati alla erogazione diretta sul territorio e al consumo interno ai presidi ospedalieri della Toscana.

Nell'ambito del contesto sopra descritto, diventa imprescindibile il perseguimento di obiettivi regionali di razionalizzazione e risparmio della spesa farmaceutica, da una parte mediante un attento esame dell'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche, e dall'altra agendo sul versante dei costi, tenendo conto della discriminante economica come criterio per meglio indirizzare la scelta verso le terapie meno costose, a parità di efficacia e sicurezza dei cittadini.

Indicatore sulle procedure di controllo del magazzino

Le informazioni per l'interno, a differenza di quelle per l'esterno, non rappresentano un obbligo di rendicontazione per il sistema Azienda, ma costituiscono un elemento fondamentale su cui basare la conduzione aziendale. Dette informazioni hanno caratteristiche differenti a seconda del livello decisionale a cui si collocano. Anthony [Anthony e Young 1984] ha classificato le attività decisionali su tre livelli (a cui corrispondono altrettanti livelli di revisione):

- la pianificazione strategica, ovvero il processo di definizione degli obiettivi dell'organizzazione;
- il controllo direzionale, cioè il processo mediante il quale si assicura e si verifica che gli obiettivi aziendali siano raggiunti mediante un efficiente utilizzo delle risorse;
- il controllo operativo, cioè il processo che assicura che compiti specifici siano portati a termine in modo efficiente ed efficace.

Le procedure di controllo del magazzino si collocano





nel terzo livello decisionale e dovrebbero avere le seguenti caratteristiche [Marchi 2003]:

- provenienza essenzialmente interna;
- alto livello di dettaglio;
- massima accuratezza;
- ripetitività d'uso;
- notevole formalizzazione;
- basso intervallo temporale tra il verificarsi dei fenomeni e la disponibilità delle informazioni sui fenomeni stessi.

Le attività operative generano informazioni che alimentano sia la contabilità generale che la contabilità analitica.

Per quanto riguarda il primo aspetto, dato che gran parte delle attività operative sono di gestione esterna – riguardano cioè le relazioni dell'Azienda con l'esterno –, è possibile utilizzare le informazioni presenti in questa area per la predisposizione di documenti da utilizzare nei rapporti con i terzi – ad esempio le bolle di consegna e le fatture.

Inoltre queste informazioni permettono di individuare e riportare negli schemi di bilancio indicazioni di sintesi su quella che è la giacenza delle rimanenze al termine dell'esercizio e su quale è stata la loro variazione rispetto all'esercizio precedente, nonché informazioni più dettagliate che esplicitino la sua composizione e le sue determinanti, come i criteri di valutazione utilizzati o la distribuzione delle rimanenze rispetto ai magazzini della AUSL.

Sono infatti numerosi gli elementi che possono pregiudicare una corretta esposizione in bilancio, come ad esempio la dispersione geografica dei magazzini, la difficile identificazione e misurazione dei prodotti, la presenza di rilevanti rettifiche per differenze tra inventario fisico e contabile, la numerosità dei punti di spedizione e ricevimento delle merci.

Inoltre, secondo la nuova logica dei cicli e dell'immissione unica dei dati – che caratterizza anche i gestionali di ultima generazione [Quagli *et al.* 2005] –, sono proprio i documenti che derivano dalla procedura di magazzino (come le bolle) che originano i documenti che hanno valenza (economica e fiscale) per l'esterno (come le fatture).





Oltre ad alimentare la contabilità generale, le procedure di magazzino dovrebbero costituire una base per l'alimentazione della contabilità analitica e per la determinazione dei consumi dei centri di costo. Come sappiamo, infatti, questi ultimi sono dati dalla somma algebrica tra gli scarichi imputati a quel centro di costo e la variazione delle rimanenze rispetto all'inizio dell'anno (rimanenze finali - esistenze iniziali).

Pertanto, affinché l'imputazione dei costi ai centri di costo segua il principio della competenza economica, è importante non fermarsi all'attribuzione dei soli scarichi, ma considerare i consumi effettivi.

Ai fini di una corretta applicazione delle procedure di controllo interno, è auspicabile la diffusione di una loro conoscenza condivisa basata su fonti univoche.

Di particolare ausilio risulta essere la possibilità di fare riferimento a una procedura approvata e validata che costituisca un elemento base per la garanzia della chiarezza della trasparenza e dell'uniformità nell'applicazione dei principi.

L'indicatore di sintesi *Procedure di controllo interno del Magazzino* illustra in che misura sono recepite e applicate tali procedure. Esso è un indicatore di carattere qualitativo, e per poterlo comprendere è necessario svilupparlo nelle sue molteplici determinanti, in quanto solo dalla loro combinazione sarà possibile valutarlo.

I requisiti individuati per un corretto controllo interno sono relativi ai seguenti aspetti:

- conoscenza dei principi contabili;
- esistenza di una procedura scritta;
- applicazione della procedura;
- informazioni desumibili dai Prospetti di Stato Patrimoniale e Conto Economico;
- informazioni desumibili Prospetto Nota Integrativa;
- criteri di imputazioni dei costi ai Centri di Costo.

La loro esistenza è stata verificata attraverso le elaborazioni eseguite dagli allievi del I anno del Master MeS, i quali,





durante il periodo di stage presso le aziende sanitarie toscane, hanno raccolto informazioni sul controllo interno e, nello specifico, sul magazzino. Il metodo utilizzato è stato quello delle interviste, che sono state rivolte al responsabile del magazzino della farmaceutica. L'obiettivo delle interviste è stato quello di comprendere le problematiche gestionali e contabili legate alla gestione del magazzino. In particolare, l'approfondimento contabile ha riguardato gli aspetti legati alla conoscenza e all'applicazione dei Principi Contabili in materia e l'esistenza ed applicazione di una procedura inventariale scritta. L'approfondimento gestionale ha invece analizzato le informazioni inerenti il magazzino che interessano la contabilità direzionale i ruoli svolti in termini di carico-scarico del magazzino e la rilevazione della giacenza e delle scorte nei singoli reparti, e l'imputazione dei costi ai centri di responsabilità.

Sulla base delle domande effettuate durante le interviste sono state predisposte delle schede di sintesi che hanno evidenziato le criticità presenti nelle aziende sanitarie. L'indagine è stata effettuata su un numero ristretto di soggetti, i quali, non costituendo un campione rappresentativo, non hanno permesso di ottenere un dato statisticamente significativo. Tuttavia l'esito costituisce un indicatore specifico «ad hoc», che permette di porre l'attenzione, e quindi di approfondire successivamente, le criticità che si riscontrano in tali procedure.

Questo studio ha individuato come nella costruzione di un Sistema di Controllo Interno sia necessaria una scelta aziendale specifica ed un corretto investimento, poiché si esamina un processo complesso.

Il percorso di chi sta affrontando adesso i «primi passi» può essere favorito dall'intraprendere le tappe già segnate dalle aziende che hanno ottenuto risultati significativi e, come è già successo per l'applicazione dei Principi Contabili, è fondamentale il confronto, la condivisione e la guida esercitata da un gruppo di progetto.

A livello regionale si osserva un discreto livello di recepimento/applicazione delle procedure di controllo interno legate alle problematiche dei magazzini – con un punteggio di 2,94, tale livello si avvicina a un risultato buono.



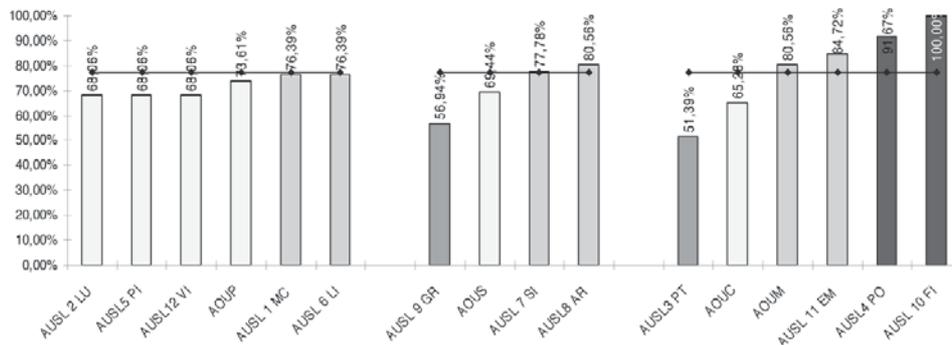


FIG. 16. La valutazione delle procedure di controllo di magazzino, 2006

In generale le tre aree vaste si collocano al di sotto della media regionale, con situazioni più eterogenee nelle aree vaste Sud-Est e Centro.

L'area vasta Nord-Ovest è caratterizzata da una certa omogeneità tra le aziende, le quali sono tuttavia al di sotto del valore medio

Nelle altre aree vaste l'andamento è invece più eterogeneo: in queste, infatti, le aziende si collocano in fasce che vanno dalla medio-bassa a quella alta, con valori che possono oscillare dal 51,39% per l'AUSL di Pistoia al 100% per l'AUSL di Firenze, nel caso dell'area vasta Centro.

Gli aspetti più carenti per quanto concerne le procedure di controllo del magazzino sono quelli relativi alla conoscenza dei principi contabili, all'esistenza di procedure condivise e adeguatamente comunicate, e alla loro applicazione. Riteniamo quindi opportuno analizzarli nel dettaglio.

3.1. Conoscenza dei principi contabili

Come si può osservare, gli aspetti che pregiudicano maggiormente un'adeguata conoscenza dei principi contabili sono la frequente mancanza di un regolamento aziendale di recepimento dei principi di controllo interno sul quale fare riferimento, e quella di una figura che si occupi di verificare che siano seguite correttamente tali procedure. Si osserva



invece, come aspetto positivo, che quasi tutte le aziende organizzano percorsi formativi per la condivisione dei principi del controllo interno.

TAB. 11. Le domande relative al requisito «Conoscenza dei principi contabili»

	AUSL 1 MC	AUSL 2 LU	AUSL 3 PT	AUSL 4 PO	AUSL 5 PI	AUSL 6 LI	AUSL 7 SI	AUSL 8 AR	AUSL 9 GR	AUSL 10 FI	AUSL 11 EM	AUSL 12 VT	ACUC	ACUM	ACUP	ACUS
Domanda																
CONOSCENZA DEI PRINCIPI CONTABILI (PPCC)	0,75	0,75	0,25	1,00	0,75	0,75	0,50	0,50	0,25	1,00	0,75	0,75	0,75	1,00	0,25	0,50
a Esiste un regolamento aziendale di recepimento dei PPCC e controllo interno?	1,00	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00
b L'azienda ha identificato formalmente specifici responsabili del rispetto della conformità delle procedure interne?	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00
c Esiste un gruppo di lavoro aziendale specifico che affronti problematiche connesse all'applicazione dei PPCC?	1,00	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00
d L'azienda ha organizzato percorsi formativi per la condivisione dei PPCC con strutture interessate?	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00	1,00

3.2. Esistenza di procedura scritta

In questo caso, a livello regionale, gli aspetti legati alla formalizzazione delle procedure risultano i più carenti (si trovano infatti nella fascia arancione, quella medio-bassa). Tuttavia, se osserviamo nel dettaglio, notiamo che di fatto la maggior parte delle aziende ha una procedura scritta, ma non validata da una società di revisione.

Inoltre, solo nelle tre aziende in cui manca una procedura scritta è completamente carente una qualsiasi formalizzazione delle procedure. Come si potrà osservare in seguito, esse saranno anche quelle che sono meno attente al rispetto degli altri requisiti previsti per la realizzazione di un adeguato controllo interno.

TAB. 12. Le domande relative al requisito «Esistenza di una procedura scritta»

	AUSL 1 MC	AUSL 2 LU	AUSL 3 PT	AUSL 4 PO	AUSL 5 PI	AUSL 6 LI	AUSL 7 SI	AUSL 8 AR	AUSL 9 GR	AUSL 10 FI	AUSL 11 EM	AUSL 12 VT	ACUC	ACUM	ACUP	ACUS
Domanda																
Esistenza procedura scritta	0,67	0,67	0,00	1,00	0,33	0,67	1,00	0,67	0,00	1,00	0,67	0,67	0,00	0,67	1,00	0,33
a Esiste una procedura inventariale scritta per le giacenze di magazzino e le rimanenze di reparto?	1,00	1,00	0,00	1,00	0,50	1,00	1,00	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00
b La procedura risulta approvata dalla direzione aziendale?	1,00	1,00	0,00	1,00	0,50	1,00	1,00	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00
c La procedura risulta validata da enti o società di revisione?	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00

3.3. Applicazione procedura

Come abbiamo già avuto modo di osservare, in quasi tutte le aziende esiste una procedura scritta che disciplina il modo in cui gestire le procedure di magazzino. Tuttavia la sua applicazione, pur prevedendo un soggetto deputato alla verifica della sua applicazione e una periodica rilevazione delle giacenze fisiche, non prevede nel budget una serie di indicatori legati alla coerenza tra magazzino fisico e contabile, così che non si riesce effettivamente a verificare se l'applicazione della procedura ha prodotto gli obiettivi a cui era indirizzata.

TAB. 13. Le domande relative al requisito «Applicazione procedura»

Domanda	AUSL 1 MC	AUSL 2 LU	AUSL 3 PT	AUSL 4 PO	AUSL 5 PI	AUSL 6 LI	AUSL 7 SI	AUSL 8 AR	AUSL 9 GR	AUSL 10 FI	AUSL 11 EM	AUSL 12 VI	AOUC	AOUM	AOUP	AOUS
Applicazione procedura	0,67	0,67	0,33	1,00	0,50	0,67	0,67	0,67	0,67	1,00	0,67	0,67	0,67	0,67	0,67	0,33
a Esiste un soggetto che controlla l'applicazione della procedura?	1,00	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00
b Esistono degli indicatori di processo/obiettivi di budget per i magazzini legati alla coerenza fra magazzino fisico e contabile?	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00
c L'azienda effettua la rilevazione fisica delle giacenze in una unica soluzione mediante inventario fisico completo o su base ciclica con frequenza tale da inventariare almeno una volta l'anno tutte le componenti di magazzino? (verifica di almeno una condizione)	1,00	1,00	1,00	1,00	0,50	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00

3.4. Informazioni Prospetto Nota Integrativa

Tutte le aziende indicano in nota integrativa i criteri di valutazione delle scorte, tuttavia, quasi nel 50% dei casi non è disponibile l'informazione circa la disposizione delle scorte rispetto ai differenti magazzini dell'Azienda, in modo tale che non è possibile ricostruire la giacenza dei differenti presidi.

TAB. 14. Le domande relative al requisito «Informazioni prospetto nota integrativa»

Domanda	AUSL 1 MC	AUSL 2 LU	AUSL 3 PT	AUSL 4 PO	AUSL 5 PI	AUSL 6 LI	AUSL 7 SI	AUSL 8 AR	AUSL 9 GR	AUSL 10 FI	AUSL 11 EM	AUSL 12 VI	AOUC	AOUM	AOUP	AOUS
Informazioni prospetto Nota Integrativa	0,50	0,50	0,50	0,50	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,50	0,50	0,50	1,00	1,00
a In nota integrativa è riportato il criterio di valutazione delle scorte?	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
b In nota integrativa è riportata una tabella riepilogativa nella quale si suddividono le rimanenze presso i magazzini centrali rispetto a quelle presso i presidi dell'azienda?	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00

3.5. Imputazioni ai Centri di costo

Tutte le aziende utilizzano come criterio di valutazione delle rimanenze il costo medio ponderato, tuttavia il 50% circa delle aziende non valorizza correttamente il consumo dei centri di costo.

Il consumo è infatti dato dalla somma algebrica tra acquistato e variazione delle rimanenze (Esistenze iniziali - Rimanenze finali), per cui, imputando ai Centri di Costo solamente gli scarichi di magazzino, e trascurando la variazione delle rimanenze, non si riesce ad avere la percezione di quello che è stato effettivamente consumato nel corso dell'anno, con l'ulteriore difficoltà nel realizzare una corretta programmazione degli acquisti. Il problema si collega allo svolgimento di attività di inventario a livello dei magazzini presso i centri utilizzatori.

TAB. 15. Le domande relative al requisito «Imputazioni ai centri di costo»

Domanda	AUSL 1 MC	AUSL 2 LU	AUSL 3 PT	AUSL 4 PO	AUSL 5 PI	AUSL 6 LI	AUSL 7 SI	AUSL 8 AR	AUSL 9 GR	AUSL 10 FT	AUSL 11 EM	AUSL 12 VI	ACUC	ACUM	ACUP	ACUS
Imputazioni dei costi ai Centri di Costo (CdC)	1,00	0,50	1,00	1,00	0,50	0,50	0,50	1,00	0,50	1,00	1,00	0,50	1,00	1,00	0,50	1,00
a Attraverso la contabilità di magazzino sono valorizzate le rimanenze finali al costo medio ponderato?	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
b Per valorizzare l'effettivo consumo annuo dei Centri di Costo vengono imputati ai CdC, oltre ai costi degli scarichi di magazzino, anche la variazione delle rimanenze?	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00

Efficienza nei servizi di Prevenzione e Sicurezza sui Luoghi di Lavoro

L'intensa attività normativa che negli ultimi anni ha seguito il recepimento delle normative comunitarie in materia di sicurezza sul lavoro ha contribuito a enfatizzare l'importanza di tale tema che sta diventando di particolare rilievo se consideriamo che nel 2003 a livello nazionale sono avvenuti 952.774 infortuni – nei settori dell'industria e dell'agricoltura –, dei quali 1.383 mortali. In particolare il decreto legislativo n. 626/1995 e successive modificazioni e integrazioni ha determinato il passaggio da un approccio passivo che mirava a realizzare condizioni di sicurezza



rispetto ai rischi esistenti, ad un approccio proattivo che prevede un abbattimento del rischio alla fonte e l'attuazione di misure atte a ridurre o limitare i possibili rischi che comunque permangono. Alcuni principi base introdotti dalla normativa sono stati [Gherardi *et al.* 1997]:

- la valutazione preventiva dei rischi e la loro eliminazione o riduzione al minimo attraverso le più aggiornate conoscenze tecniche;
- il rispetto dei principi ergonomici;
- la preferenza verso misure di carattere collettivo rispetto a misure di carattere individuale;
- la corretta programmazione del lavoro finalizzata a ridurre al minimo l'esposizione a rischio per i lavoratori;
- la regolare manutenzione e pulizia degli ambienti, dei macchinari e delle attrezzature;
- la formazione e comunicazione adeguata ai lavoratori, il coinvolgimento e la consultazione dei lavoratori per quanto concerne la sicurezza, effettuata tramite i suoi rappresentanti. Il lavoratore dipendente viene posto al centro del processo di prevenzione sia per quanto concerne il suo diritto a essere difeso, che per quanto concerne il suo dovere di collaborazione al processo di prevenzione;
- la sicurezza come un momento di pianificazione aziendale al pari delle altre scelte produttive.

Le questioni relative agli incidenti industriali vengono spesso affrontate seguendo in modo preminente i principi tecnico-ingegneristici che cercano, tramite la *risk analysis*, di quantificare i tassi di rischio associati alle possibili fonti di pericolo e in generale ai problemi di gestione della sicurezza. Tuttavia, nell'ambito della prevenzione, l'approccio si concentra maggiormente sulle attività di formazione preventiva, che sottopongono a controllo gli aspetti discrezionali del lavoro e analizzano aspetti di carattere tecnologico, con lo scopo di introdurre tecniche di stima del rischio più raffinate⁹ [Gherardi *et al.* 1997].

⁹ In particolare le attività di formazione mirano a creare una vera e propria «cultura della sicurezza» [Turner 1992], ovvero un insieme di credenze, pratiche e atteggiamenti che minimizzano l'esposizione a rischi nelle organizzazioni.





La promozione della sicurezza nei luoghi di lavoro mira al contenimento dei fattori di rischio e alla corretta applicazione delle norme in materia di sicurezza attraverso due principali attività: l'assistenza alle imprese e ai lavoratori e la vigilanza sui luoghi di lavoro.

Rientrano nella prima categoria le iniziative di formazione e informazione rivolte ai lavoratori, ai datori di lavoro, ai consulenti, ai rappresentati per la sicurezza. In particolare emerge la figura del medico competente, il quale, oltre a occuparsi di visite mediche preventive e di sorveglianza sanitaria, collabora agli interventi di formazione e informazione.

Rientrano invece nella seconda categoria le ispezioni e le inchieste sugli infortuni e sulle malattie professionali finalizzate all'individuazione dell'eventuale mancanza di rispetto per la normativa (con seguente sanzione) effettuate dalle Aziende AUSL. Gli ambiti di intervento sono l'edilizia, le cave, l'agricoltura, la siderurgia e le grandi opere, con particolare attenzione ai giovani, alle lavoratrici madri e ai lavoratori stranieri.

Il dipartimento di prevenzione, igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro è caratterizzato quindi da due anime che vanno gestite congiuntamente: l'*ispezione* e la *formazione*. Infatti, da un lato, esso verifica, attraverso l'attività d'ispezione, l'esistenza dei requisiti che garantiscono la tutela dei lavoratori e il rispetto delle leggi in materia, dall'altro contribuisce al raggiungimento di tale obiettivo realizzando presso le aziende attività di formazione finalizzata all'acquisizione di tutte le competenze costituenti gli elementi alla base della sicurezza. Questa duplicità si riflette negli indicatori che vengono monitorati: alcuni sono legati alle attività ispettive, altri alle attività di formazione.

Il risultato atteso (*outcome*) è rappresentato dall'incremento della sicurezza sul lavoro, misurabile, ad esempio, come riduzione del numero di infortuni sul lavoro. Tuttavia la misurazione del risultato in termini di outcome, risulta praticabile solo nel lungo periodo.

Nel breve periodo è invece possibile la misurazione





dell'*output*, in termini ad esempio di ore di formazione effettuate o del numero di provvedimenti rispetto ai sopralluoghi realizzati. In tal caso l'*output* non è in grado di esprimere con certezza il raggiungimento del risultato di lungo periodo, in quanto i fattori influenti sono molteplici e spesso non controllabili, ma permette almeno di verificare che esistano alcuni dei presupposti che contribuiscono a raggiungerlo.

L'indicatore di efficienza nei servizi del PISLL ha appunto lo scopo di comprendere la qualità del servizio e le modalità con cui è reso, andando anche a indagare quali sono le variabili che lo possono influenzare.

La scelta degli indicatori è avvenuta attraverso un processo che ha visto il progressivo ampliamento degli attori coinvolti. Infatti, la proposta iniziale è pervenuta dal livello regionale, ma è stata successivamente discussa nell'ambito dell'Articolazione Tecnica PISLL allo scopo di ottenere il coinvolgimento di tutti i professionisti delle AUSL della Regione Toscana¹⁰.

L'indicatore è così composto:

- *Copertura del territorio* – che prende in considerazione l'attività di formazione e l'attività di ispezione e vigilanza; di quest'ultima sono analizzati in particolare:
 - la percentuale di unità locali controllate rispetto alle unità locali totali;
 - la percentuale di cantieri visitati rispetto alle notifiche ricevute;

¹⁰ L'Articolazione tecnica è un comitato che nasce al fine di favorire lo sviluppo a rete dei servizi di prevenzione collettiva e al fine di discutere problematiche comuni ed elaborare piani di rilevanza interaziendale e regionale. Esso è istituito con la legge regionale 22/2000. Al comitato, nominato dalla Giunta regionale, partecipano di diritto i responsabili dei dipartimenti di prevenzione delle Aziende, tuttavia può operare, per sezioni specifiche, con la partecipazione di esperti di settore. Ogni settore di intervento della prevenzione collettiva (igiene e sanità pubblica, igiene degli alimenti e nutrizione, prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro, sanità animale e medicina legale) ha un suo comitato; in particolare, gli attuali membri dell'Articolazione Tecnica PISLL sono stati nominati con il DD 817/2007.





- la percentuale di verifiche impiantistiche obbligatorie realizzate rispetto a quelle in carico;
- *Efficienza produttiva* – che prende in considerazione l'attività di vigilanza, di formazione e l'attività sanitaria;
- *Risultato* – che prende in considerazione il tasso di infortuni sul lavoro ed le ottemperanze alle prescrizioni.

Gli indicatori sottoposti a valutazione sono tutti quelli relativi alla Copertura del Territorio per quanto concerne le attività di ispezione e di vigilanza, e gli indicatori di efficienza per quanto concerne l'attività di vigilanza e l'attività sanitaria. Non sono invece valutati gli indicatori di *Efficacia Strutturale* e gli altri indicatori di *Efficienza Produttiva* e di *Risultato*.

Per gli indicatori di copertura del territorio le fasce di valutazione sono state costruite sulla base dello standard nazionale o sulla base dell'obiettivo annuo, mentre per gli altri indicatori la valutazione è avvenuta sulla base della media interaziendale.

Le fonti dei dati sono molteplici. I dati relativi al numero di sopralluoghi e al numero del personale PISLL sono estratti dai Piani di Sviluppo 2006 mentre i dati di risultato sono tratti dall'*Istat*. Il personale preso in considerazione è solo quello qualificato, che comprende medici, ingegneri, tecnici della prevenzione e altri laureati, mentre è escluso quello che effettua esclusivamente verifiche tecnico-impiantistiche. Il valore dei sopralluoghi che è stato utilizzato è quello derivante dai Piani di Sviluppo, che li definiscono come "Numero di accessi per operatori. Il numero di unità locali invece è estratto dall'Atlante dei Comuni ISTAT.

L'unità locale corrisponde ad un'unità giuridico-economica o ad una sua parte, situata in una località topograficamente identificata da un indirizzo e da un numero civico. In tale località, o a partire da tale località, si esercitano delle attività economiche per le quali una o più persone lavorano (eventualmente a tempo parziale)





per conto della stessa unità giuridico-economica¹¹.

Inoltre, nella costruzione degli indicatori possono presentarsi alcuni problemi che possono renderli meno significativi. Ad esempio, quando un indicatore è introdotto per la prima volta, uno dei problemi più rilevanti è rappresentato dall'attendibilità e dalla disponibilità dei dati, che spesso non sono rilevati in maniera sistematica. Molto spesso non viene seguito un criterio uniforme nella rilevazione del dato, per cui può diventare poco significativo il confronto tra le aziende. Tali problemi hanno caratterizzato anche la costruzione di questi indicatori.

Tuttavia, il nuovo sistema di misurazione delle attività dei dipartimenti di prevenzione, i «Prodotti Finiti», che è già stato avviato in via sperimentale nel secondo semestre 2007 e che dal 2008 dovrebbe entrare in uso in tutte le aziende della Toscana, permetterà di far fronte a queste problematiche. Infatti, con tale sistema ogni attività verrà sistematicamente registrata e vedrà una chiara definizione del suo contenuto e delle sue modalità di rilevazione, cui le aziende dovranno attenersi.

L'esempio di seguito illustrato, ponendo in relazione efficienza, efficacia e copertura strutturale, permette di indagare a 360° su quella che al momento è l'attività caratteristica del dipartimento, i sopralluoghi, fornendo gli elementi necessari per comprendere in che misura e in che modo sono realizzati i servizi.

3.6. Copertura del territorio

Questo indicatore illustra quale sia la percentuale di unità locali controllate rispetto alle unità locali totali (*Unità*

¹¹ Costituiscono esempi di unità locale le seguenti tipologie: agenzia, albergo, ambulatorio, bar, cava, deposito, domicilio, garage, laboratorio, magazzino, miniera, negozio, officina, ospedale, ristorante scuola, stabilimento, studio professionale, ufficio, ecc. Dato che non esiste una rilevazione precisa del loro numero, questo è ricavato a partire dai sopralluoghi che vengono divisi per 1,8 (ottenendo così gli accessi) e successivamente decurtati di un valore stimato pari al 30%.





*locali controllate*¹²/*Unità locali totali*), esprimendo quindi un «grado di Copertura del Territorio» rispetto all'attività di vigilanza e ispezione. A livello regionale si osserva un grado di Copertura del Territorio pari all'10,97 %, al di sopra del quale si collocano circa la metà delle aziende. Emerge un andamento piuttosto lineare con le aziende equamente distribuite tra la fascia media e quella medio-alta, con una sola Azienda che mostra una valutazione negativa. L'indicatore va osservato anche in relazione alla dotazione strutturale e all'efficienza produttiva.

La sua lettura implica delle considerazioni in merito alle caratteristiche del territorio, per quanto concerne soprattutto il numero e il tipo di imprese. Ci sono ad esempio alcune realtà, come Firenze, che vedono la presenza di tante piccole medie imprese, e realtà come Livorno, caratterizzate invece da un numero minore di imprese di più grandi dimensioni.

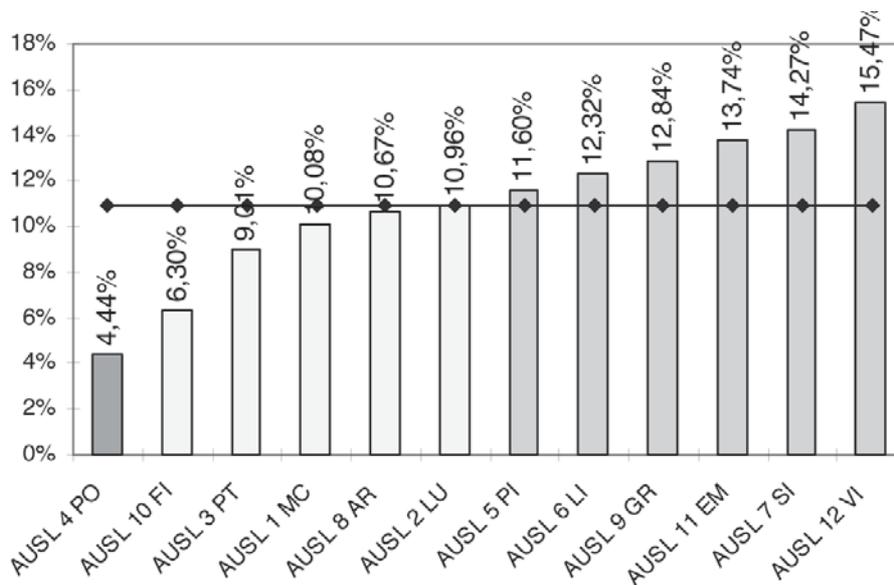


FIG. 17. La valutazione della copertura del territorio, 2006

¹² Il numero di unità locali è estratto dal database 2001 ISTAT relativo al censimento industria e servizi; riguarda le imprese e le istituzioni con almeno un dipendente. L'estrazione è avvenuta considerando i comuni indicati dall'atlante statistico dei comuni dell'Istat



TAB. 16. *Il Trend della copertura del territorio, 2005 - 2006*

2006			
Azienda	Numero unità locali controllate	Numero totale unità locali	INDICATORE
AUSL 1 MC	796	7.897	10,08%
AUSL 2 LU	1026	9.361	10,96%
AUSL 3 PT	1138	12.622	9,01%
AUSL 4 PO	608	13.694	4,44%
AUSL 5 PI	1459	12.575	11,60%
AUSL 6 LI	1615	13.109	12,32%
AUSL 7 SI	1611	11.291	14,27%
AUSL 8 AR	1570	14.715	10,67%
AUSL 9 GR	1120	8.728	12,84%
AUSL 10 FI	2328	36.979	6,30%
AUSL 11 EM	1528	11.116	13,74%
AUSL 12 VI	1198	7.745	15,47%
MEDIA INTERAZIENDALE	1.333	13.319	10,97%

3.7. *Efficacia strutturale*

L'indicatore illustra quale sia la dotazione strutturale del settore PISLL in termini di numero medio di unità locali¹³ da sottoporre a sopralluogo per unità di personale PISLL. Un valore dell'indicatore molto alto significa una scarsità o un'inadeguatezza del personale rispetto al numero di imprese presenti: questo potrebbe determinare una probabile incapacità a realizzare un'adeguata copertura del territorio.

In generale si osserva come sette aziende su dodici si assestino sotto la media regionale – quindi poco meno della metà delle aziende è caratterizzata da scarsa disponibilità di personale.

Anche in tal caso l'indicatore può essere influenzato dalla densità delle imprese che caratterizzano il territorio e dalle

¹³ Vedere nota 11.

loro dimensioni – ossia, quando si considerano realtà dove sono presenti poche imprese di grandi dimensioni, come ad esempio Livorno, oppure zone caratterizzate da tante piccole imprese, come ad esempio Prato e Firenze. Per questo motivo bisogna tener conto anche di tale aspetto.

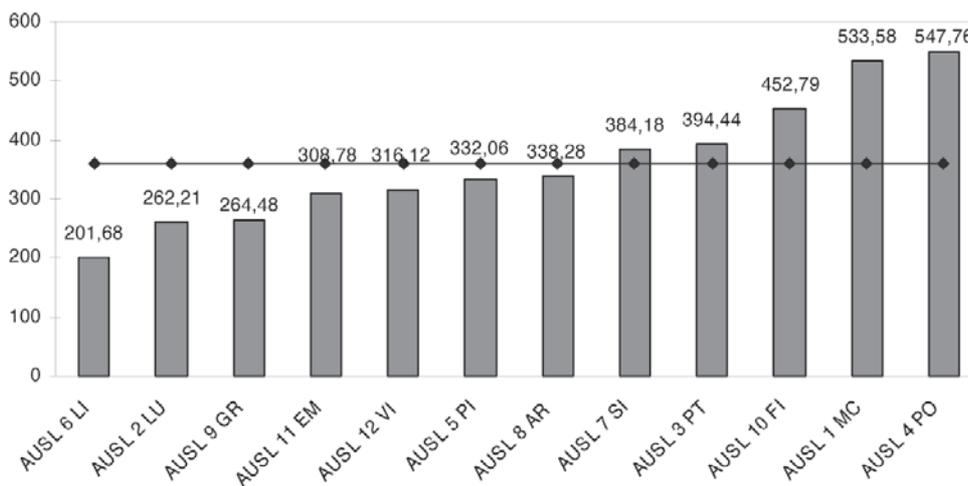


FIG. 19. Valutazione dell'efficacia strutturale, 2006

TAB. 17. Valutazione dell'efficacia strutturale 2006

2006			
AZIENDA	Numero totale unità locali	Personale Qualificato [n]	INDICATORE
AUSL 1 MC	7.897	14,80	533,58
AUSL 2 LU	9.361	35,70	262,21
AUSL 3 PT	12.622	32,00	394,44
AUSL 4 PO	13.694	25,00	547,76
AUSL 5 PI	12.575	37,87	332,06
AUSL 6 LI	13.109	65,00	201,68
AUSL 7 SI	11.291	29,39	384,18
AUSL 8 AR	14.715	43,50	338,28
AUSL 9 GR	8.728	33,00	264,48
AUSL 10 FI	36.979	81,67	452,79
AUSL 11 EM	11.116	36,00	308,78
AUSL 12 VI	7.745	24,50	316,12
MEDIA INTERAZIENDALE	13.319	38,20	361,36



3.8. Efficienza produttiva

L'indicatore evidenzia il numero di sopralluoghi per un'unità di Personale PISLL e fornisce quindi un'indicazione sul grado di efficienza del settore (output/input). Questo, come si osserva dal grafico, varia notevolmente tra le aziende, evidenziando notevoli possibilità di miglioramento. La media

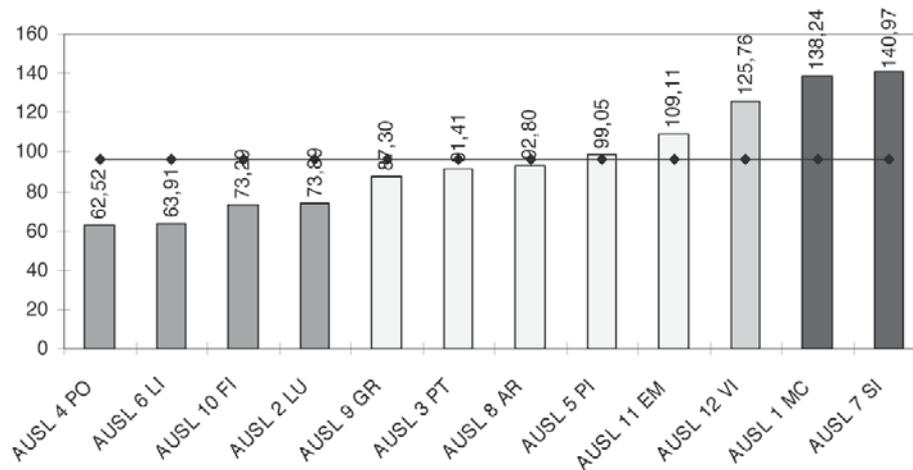


FIG. 19. Valutazione dell'efficienza produttiva, 2006

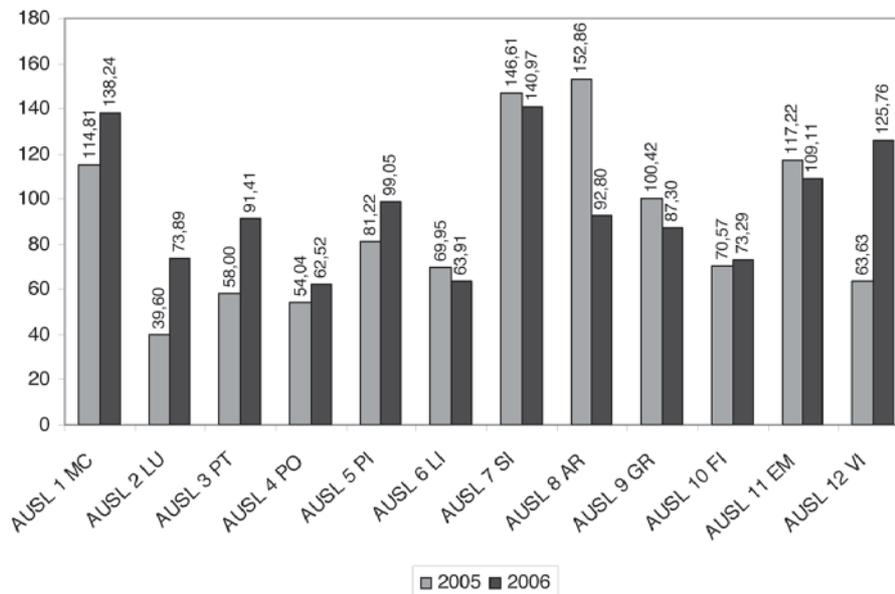


FIG. 20. Il Trend della valutazione dell'efficienza produttiva, 2005 - 2006



TAB. 18. *Il Trend della valutazione dell'efficienza produttiva, 2005 - 2006*

Azienda	2006			2005		
	Sopralluoghi [n]	Personale Qualificato [n]	INDICATORE	Sopralluoghi [n]	Personale Qualificato [n]	INDICATORE
AUSL 1 MC	2.046	14,8	138,24	3.100	27,00	114,81
AUSL 2 LU	2.638	35,7	73,89	1.584	40,00	39,60
AUSL 3 PT	2.925	32	91,41	1.972	34,00	58,00
AUSL 4 PO	1.563	25	62,52	1.405	26,00	54,04
AUSL 5 PI	3.751	37,87	99,05	3.330	41,00	81,22
AUSL 6 LI	4.154	65	63,91	4.407	63,00	69,95
AUSL 7 SI	4.143	29,39	140,97	4.545	31,00	146,61
AUSL 8 AR	4.037	43,5	92,80	7.643	50,00	152,86
AUSL 9 GR	2.881	33	87,30	3.314	33,00	100,42
AUSL 10 FI	5.986	81,67	73,29	5.928	84,00	70,57
AUSL 11 EM	3.928	36	109,11	4.806	41,00	117,22
AUSL 12 VI	3.081	24,5	125,76	1.527	24,00	63,63
MEDIA INTERAZIENDALE	3.428	38	96,52	3.630	41	89,08

regionale è di circa 97 sopralluoghi per persona. A livello regionale si osserva un miglioramento dell'indicatore – che l'anno precedente era di 89 sopralluoghi per operatore – mentre, osservando le diverse aziende, si nota come solamente quattro siano peggiorate mentre le altre sono migliorate, in alcuni casi in modo significativo.

Come anticipato, il grafico che illustra il grado di Copertura del Territorio va letto in parallelo ai grafici di Efficacia Strutturale e di Efficienza Produttiva, i quali permettono di comprendere meglio cosa abbia determinato il grado di Copertura del Territorio. Nella maggior parte dei casi i dati sono coerenti. Si può osservare come in generale ci sia una certa corrispondenza tra grado di Copertura del Territorio ed efficienza con cui le aziende operano. Le aziende che presentano valori dell'indicatore Numero di Sopralluoghi/Numero di Imprese da medio ad alto sono da considerare più efficienti – unica eccezione per l'AUSL di Livorno, che pare invece far leva soprattutto sulle disponibilità di personale. Molto interessante è l'esempio di Siena che, nonostante sia tra le meno dotate dal punto di vista del personale, realizza ottimi livelli di Copertura del Territorio, grazie a gradi di efficienza che sono i tra i più alti; la medesima considerazione può essere fatta per l'AUSL di Massa Carrara, che riesce a raggiungere un livello medio di performance, con una dotazione strutturale tra le più scarse. Molto interessante è tuttavia osservare come, fatta eccezione per Massa Carrara, le aziende che hanno minore disponibilità di personale



sono anche quelle che risultano essere meno efficienti, Si osserva inoltre come le aziende col grado di Copertura del Territorio più basso, in generale, siano non solo quelle col minore grado di Efficacia Strutturale – fatta eccezione per Lucca, che invece lo ha tra i migliori –, ma anche quelle meno efficienti.

4. *Considerazioni di sintesi, opportunità e criticità* (Lino Cinquini, Milena Vainieri)

Anche nella dimensione economico-finanziaria e di efficienza operativa, il percorso intrapreso per la valutazione della performance è un percorso in continua revisione ed affinamento, in considerazione delle esigenze conoscitive e di governo che emergono dai soggetti che a diversi livelli guidano il sistema, e dei cambiamenti strutturali del sistema e del contesto.

Non c'è dubbio che l'implementazione del sistema di valutazione delle performance abbia da un lato consentito una valutazione più consapevole ed integrata – da parte delle direzioni aziendali – delle misurazioni di questa dimensione, e dall'altro, anche a livello regionale toscano, abbia prodotto un salto di qualità, soprattutto per la programmazione di sistema e per indurre in esso comportamenti coerenti con gli obiettivi regionali.

Come detto nell'introduzione, il passaggio alla contabilità economico-patrimoniale e lo sviluppo parallelo degli strumenti di contabilità direzionale del budget e della contabilità analitica (DLgs. 502/92) ha rappresentato un passaggio importante per lo sviluppo di una cultura aziendale e manageriale nelle aziende sanitarie; tuttavia, anche limitandosi all'aspetto della valutazione di efficienza, la possibilità di espressione di giudizi consapevoli necessita anche di altre misurazioni e soprattutto di una loro analisi integrata. Il set di indicatori che è stato presentato in questo capitolo costituisce lo stadio di avanzamento attuale della ricerca sviluppata in questa direzione nella regione Toscana.

Rispetto alle traiettorie future di tale ricerca, esistono





alcuni snodi importanti cui è opportuno accennare, che potranno avere un importante riflesso sullo sviluppo della misurazioni nell'ambito della dinamica economico-finanziaria e dell'efficienza operativa.

Un primo punto riguarda l'efficacia della valutazione economico-finanziaria rispetto all'attendibilità dei dati dei bilanci economico-patrimoniali delle aziende sanitarie.

A tal proposito è significativo ricordare che la Regione Toscana ha approvato nel 2004 un nuovo corpo di *principi contabili* per la redazione dei bilanci delle aziende sanitarie. Tali principi hanno come scopo principale l'individuazione di prassi contabili e di controllo interno comuni alle varie aziende, e che favoriscano da una parte la comparabilità dei dati, dall'altra la corretta rilevazione degli eventi aventi rilevanza economico-finanziaria. L'applicazione dei nuovi principi, la ricostruzione dei bilanci prevista nelle norme transitorie e l'elaborazione di specifici piani aziendali per l'implementazione dei sistemi di controllo interno hanno quindi avviato un meccanismo di crescita delle problematiche e di progressivo impiego di strumenti e concetti tecnici del sistema di redazione e di approvazione dei bilanci regionali da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere. Tutto ciò avrà importanti e positivi riflessi sull'attendibilità dei bilanci e sulle elaborazioni degli indici che ne derivano, contribuendo ad accrescerne la loro rilevanza rispetto a quella che hanno avuto fino ad oggi. Inoltre, l'esigenza di monitoraggio e controllo dei flussi più strettamente monetari e finanziari aziendali e di sistema rende necessaria la considerazione e la valorizzazione di indicatori più focalizzati su questa dimensione gestionale; essi sono attualmente in corso di elaborazione e condivisione.

Un secondo punto è relativo agli indicatori di efficienza operativa. Rispetto all'identificazione di criticità da affrontare, può essere utile collegarsi alla classificazione tra efficienza tecnica ed efficienza gestionale o economica: mentre la prima si riferisce alla capacità di massimizzazione dell'output rispetto ad una data dotazione di fattori produttivi e tecnologia disponibile, la seconda esprime la convenienza economica del processo realizzato [Farneti, Mazzara e Savioli 1996]. Gli





indicatori di efficienza operativa presentati sono di natura fisico-tecnica ed esprimono misurazioni relative al primo tipo di efficienza. Mancano ancora indicatori appartenenti alla seconda classe, tipicamente costituiti dai *costi unitari di produzione dell'output*. Per la loro costruzione ed utilizzo in logica sistemica e di benchmarking sanitario si aprono delicati problemi di uniformazione di procedure e criteri relativi alla contabilità analitica, di definizione condivisa degli output – che in alcuni ambiti (si pensi alle prestazioni della sanità territoriale o della prevenzione) non sono immediatamente ed univocamente individuabili – ed all'esigenza di innovazioni metodologiche e dei sistemi informativi per superare la barriera dell'analisi costi-benefici dell'informazione di costo [Cinquini 2003]. La Regione Toscana in passato ha realizzato esperienze importanti sul piano dell'analisi dei costi comparati tra aziende [Ancona, Barretta, Signorini 2002], ma attualmente, anche a seguito dei nuovi assetti organizzativi del sistema, è in corso un ripensamento delle logiche che devono informare il fabbisogno informativo sui costi a livello aziendale e regionale. Dallo sviluppo di queste iniziative potranno giungere importanti output informativi anche per l'integrazione degli indicatori del sistema di valutazione nella parte della dimensione dell'efficienza.

Si innesta a questo punto un terzo elemento che contribuisce a definire il quadro entro cui si svilupperà la dinamica evolutiva degli indicatori presentati in questo capitolo, elemento relativo appunto all'evoluzione organizzativa del sistema sanitario regionale. Da questo punto di vista, la creazione delle «Aree Vaste» (AV) ha costituito una fase particolarmente importante nello sviluppo di un modello gestionale della sanità in Regione Toscana, un modello teso alla massima valorizzazione delle sinergie tra le risorse impegnate, in un quadro di compatibilità economica e di orientamento verso la «managerialità» nell'utilizzo dei fattori produttivi a disposizione. La dimensione di Area Vasta e la nascita degli ESTAV (Enti per i Servizi Tecnologico-Amministrativi di Area Vasta) hanno infatti posto importanti problemi organizzativi di sistema, sia sul piano gestionale – ad esempio, di approvvigionamento dei fattori produttivi –, sia su quello





delle iniziative sanitarie, che per la loro natura non possono non essere programmate e coordinate in un'ottica più ampia della singola Azienda (AUSL o AOU)¹⁴. Rispetto agli strumenti di programmazione e controllo si presenta il problema di un loro sviluppo che supporti le relazioni interorganizzative fra Aziende Sanitarie della stessa AV e fra queste e l'ESTAV di riferimento¹⁵ [Barretta 2004; Cinquini e Pescini 2005]. Ma anche rispetto al modello di valutazione della dinamica economico-finanziaria e dell'efficienza operativa – e non solo – si pongono forti problemi di ricerca e di individuazione di indicatori in grado di misurare gli effetti delle sinergie e le integrazioni realizzate rispetto al funzionamento di questi nuovi livelli organizzativi della sanità toscana.

Su queste traiettorie si sta lavorando per operare quei cambiamenti necessari e quelle integrazioni negli indicatori della dinamica economico-finanziaria e dell'efficienza

¹⁴ La costituzione dei Consorzi di Area Vasta (CAV), nel 2002, ha avuto tra le principali finalità quella di assegnare le funzioni non direttamente riconducibili alle prestazioni sanitarie e, in particolare

- l'acquisto di beni e servizi
- i magazzini e la logistica
- i sistemi informativi e l'informatica
- la gestione e manutenzione patrimonio
- l'organizzazione attività di formazione
- il reclutamento del personale
- il pagamento del personale
- la gestione del settore legale

Dopo un biennio di sperimentazione, la Regione ha stabilito, nel quadro della revisione normativa del sistema sanitario (Legge Regionale 40/2005), di procedere ad un assestamento dei Consorzi, ora denominati ESTAV (Enti per i Servizi Tecnologico-Amministrativi di Area Vasta), istituzionalizzandone l'organizzazione e il trasferimento delle funzioni precedentemente indicate. Gli ESTAV sono tre, in corrispondenza delle tre Aree Vaste: ESTAV CENTRO TOSCANA = ASL Firenze, Prato, Pistoia, Empoli; AOUC Careggi e Meyer.

ESTAV NORD OVEST TOSCANA = ASL Lucca, Massa e Carrara, Versilia, Pisa, Livorno; AOU di Pisa

ESTAV SUD EST TOSCANA = ASL Siena, Arezzo e Grosseto; AOU di Siena. Si veda Miolo Vitali e Nuti 2003.

¹⁵ Su questi temi si vedano Barretta 2004; Cinquini e Pescini 2005





operativa, al fine di mantenere nel tempo l'efficacia del sistema di misurazione di performance come «induttore di comportamenti» rispetto ai continui mutamenti strutturali e di contesto.





ALESSANDRO CAMPANI,
DOMENICO CERASUOLO, CHIARA SEGHERI,
MARIA GIULIA SINIGAGLIA

LA VALUTAZIONE INTERNA

Premessa

Le risorse umane rappresentano l'*asset* più importante per le aziende sanitarie, sia in termini di valore del *know-how* per la creazione dei servizi, sia in termini economici (il costo del Personale Dipendente costituisce quasi il 30% del costo totale per le Ausl e quasi il 50% del costo totale per le Aziende Ospedaliero-Universitarie).

Incidenza del Costo del Personale sul Totale dei Costi suddiviso per ruolo professionale
Anno 2006

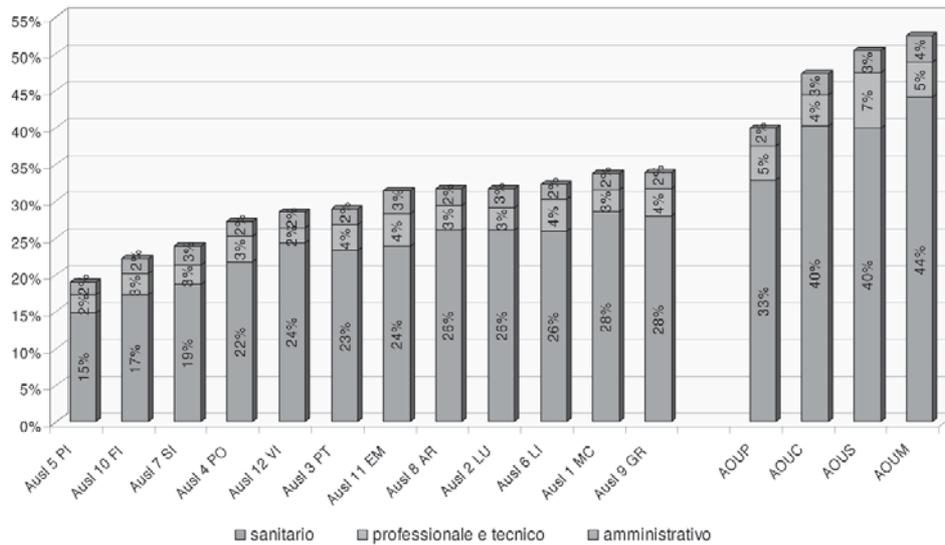


FIG. 1. Incidenza del costo del Personale sul totale dei costi suddiviso per ruolo professionale (Anno 2006)

Nota: Costo del Personale Dipendente suddiviso per ruolo (amministrativo, sanitario, tecnico e professionale) = comprende stipendio e competenze accessorie, oneri sociali e prestazioni aggiuntive, retribuzione di risultato e posizione (per la Dirigenza) / incentivi di produttività (per il Comparto).

Fonte: Flusso CE 2006.





Per queste ragioni le numerose e complesse problematiche di natura sociale, organizzativa e psicologica che riguardano il benessere del lavoratore e l'organizzazione del suo lavoro, stanno diventando oggetto di un interesse quotidiano da parte del management pubblico; lo studio delle variabili «soft» di un'organizzazione costituisce un momento fondamentale nel percorso di costruzione dell'ascolto e rappresenta un'attività imprescindibile se si vuole disegnare un cambiamento efficace e condiviso.

Le indicazioni ricavabili dalla valutazione interna rappresentano riferimenti in grado di sostenere il cammino del management nella riorganizzazione delle istituzioni, al fine di trovare nuovi equilibri tra il potere della competenza dei professionisti e la qualità per l'utente – costruita sull'integrazione e sul gioco di squadra. La promozione della qualità e le azioni di innovazione che mirano a ricomporre i processi aziendali e a sottolineare la centralità del cittadino-utente richiedono infatti interventi specifici di sviluppo e gestione delle risorse umane. È solo attraverso un'adesione motivata al rinnovamento da parte dei professionisti che si può raggiungere un risultato e consolidarlo nel tempo. Per un'Azienda sanitaria che affronta il cambiamento organizzativo, diventa quindi fondamentale stabilire quali siano le variabili e le dinamiche interne all'Azienda che possono favorire le trasformazioni o, viceversa, contrastarle.

Per conseguire questi obiettivi risulta fondamentale da un lato monitorare gli indicatori base della gestione delle risorse umane, ossia il tasso di assenza e la percentuale di infortuni dei dipendenti, dall'altro conoscere e presidiare le dinamiche di clima interno all'Azienda stessa. Uno dei principi fondamentali dei moderni sistemi di gestione delle organizzazioni è infatti il coinvolgimento partecipato del personale inteso come aspetto essenziale e strategico per assicurare una migliore qualità del prodotto o del servizio, dando concretezza alla filosofia del miglioramento continuo effettuato per soddisfare il cliente.

L'indagine realizzata per la valutazione del clima organizzativo aziendale, rappresenta un momento importante per il lavoratore, in quanto contribuisce ad accrescere il suo





sensu di appartenenza rispetto al gruppo di lavoro e più in generale alla propria Azienda. La dimensione «Valutazione interna» è presente nel sistema di Valutazione per contribuire a fornire un quadro quanto più completo sui risultati e sulle performance aziendali, soprattutto se letti in relazione con le altre dimensioni della valutazione.

Le aziende sanitarie hanno quindi la necessità di approfondire e conoscere il livello di soddisfazione dei propri dipendenti, di indagare cioè gli aspetti principali che regolano il rendimento delle risorse umane; questo assume un valore ancora più grande se si considera l'importanza che tali risorse hanno per aziende di servizi alla persona e, nello specifico, di servizi sanitari.

Le variabili che determinano il clima interno organizzativo sono molteplici; sono le variabili che creano quel sistema complesso fatto di relazioni, motivazione, senso di appartenenza e possibilità di crescita professionale che, se vissuto positivamente, contribuisce a migliorare la produttività e il benessere del lavoratore con un effetto indiretto – e positivo – sulla qualità dei risultati raggiunti.

Allo stesso tempo è difficile dare una precisa definizione di clima, proprio per la presenza di componenti soggettive che appartengono al vissuto dei singoli operatori, quelle percezioni che vengono influenzate da altre variabili quali il tempo, l'organizzazione, il ruolo ricoperto.

La misurazione di questo «elemento aziendale» richiede la definizione di obiettivi precisi e la costruzione di uno strumento di indagine rigoroso e mirato a cogliere gli aspetti quantitativi delle dimensioni oggetto di analisi.

La Valutazione Interna si pone l'obiettivo di misurare con cadenza annuale le variabili del clima interno organizzativo aziendale nel contesto del sistema predisposto dal *Laboratorio Management e Sanità* per la Valutazione delle Aziende Sanitarie della Regione Toscana. Gli indicatori di valutazione del clima interno confluiscono nella dimensione E del sistema, in cui sono riportati sia gli indicatori che si ottengono dall'analisi dei dati provenienti dall'analisi del clima, sia gli indicatori di valutazione di efficienza del personale: tasso di assenza e tasso di infortuni dei dipendenti.





In un'ottica che prende in considerazione maggiormente gli aspetti organizzativo-gestionali, l'attenzione è stata posta su aspetti importanti quali la comunicazione, il riconoscimento, la volontà di collaborare in vista del cambiamento, la formazione, il management e il sistema di budget.

L'insieme delle percezioni che il personale ha rispetto alle modalità d'azione e alla capacità dell'organizzazione di soddisfare le finalità dei propri componenti, sono elementi non solo caratterizzanti del clima interno, ma imprescindibili per il funzionamento e per l'esistenza stessa di un'organizzazione.

1. *Lo strumento di indagine utilizzato*

La scelta della tecnica di indagine più idonea a raccogliere le informazioni oggetto della ricerca è uno degli aspetti di maggiore importanza nella pianificazione e nell'esecuzione di un'indagine ed è strettamente connessa ad altre caratteristiche quali il fenomeno indagato, i dati disponibili, la strategia di campionamento, l'organizzazione del personale sul campo, i costi e i tempi attesi [Fowler 1988, Liberg e Kasprizyk 1991, Groves 1989]. Inoltre non sono da sottovalutare le implicazioni della tecnica di indagine prescelta sulla qualità dei dati, in termini di mancate risposte e di errori di misura.

Lo strumento di indagine utilizzato per misurare il grado di soddisfazione dei dipendenti rispetto al clima interno organizzativo è il questionario (vedi allegato E)¹.

Il questionario predisposto dal laboratorio Management e Sanità per la rilevazione del clima interno Aziendale si compone di 9 sezioni, che a sua volta compongono le dimensioni sulle quali è stato costruito il questionario.

Le domande contenute nelle singole sezioni sono coerenti con la rappresentazione del costrutto teorico che la dimensione intende descrivere – la verifica di questa proprietà è stata fatta nella fase di validazione del questionario. Sui *data sets*

¹ Per la predisposizione del questionario il Laboratorio MeS si è avvalso della collaborazione del Prof. Domenico Bodega, docente di Organizzazione Aziendale presso l'Università Cattolica di Milano.





provenienti dalla fase sperimentale è stata utilizzata l'analisi fattoriale, così da verificare la corrispondenza tra le sezioni del questionario e le dimensioni di analisi.

Per quanto riguarda la struttura delle domande all'interno delle varie sezioni, è stato utilizzato come criterio di valutazione, per ogni items del questionario, una scala auto-ancorata con due valori estremi: 1 (associato alla valutazione *totalmente in disaccordo*) e 7 (associato al giudizio *totalmente d'accordo*).

Le scale «auto-ancorate» hanno la caratteristica di stabilire il numero delle categorie, nel nostro caso 7, ma di definire solo le due estremità del continuum della scala stessa, lasciando al compilatore la scelta di selezionare in quale categoria all'interno del continuum «ancorare» la sua valutazione.

La prima parte del questionario contiene una sezione 0 (*informazioni generali*), nella quale vengono raccolte informazioni socio-demografiche sul campione intervistato: il sesso, l'età, l'anzianità in Azienda e l'area di appartenenza.

Sebbene queste informazioni non siano state utilizzate in fase di definizione del campione, sono utili per descrivere la popolazione aziendale che partecipa all'indagine e possono comunque essere utilizzate a posteriori nelle elaborazioni.

L'indagine di clima interno coinvolge tutte le aziende sanitarie della Regione Toscana. La raccolta dei dati avviene in un periodo di tempo di circa 5-6 settimane in base ad un calendario di somministrazione concordato con le Direzioni Aziendali.

Sulla base dei diversi ruoli che gli operatori ricoprono nelle Aziende Sanitarie di appartenenza, sono stati predisposti due questionari:

- questionario A somministrato a tutti i responsabili di struttura;
- questionario B somministrato ad un campione statisticamente significativo di tutti gli altri dipendenti.

I responsabili di struttura sono i primari, i direttori di struttura semplice e complessa e tutte le figure che negoziano il budget con la Direzione Aziendale. Per questo ruolo non viene operata nessuna attività di campionamento, ma





si procede ad un censimento su tutta la popolazione.

Questa scelta è stata operata per un duplice motivo: i responsabili sono pochi rispetto alla totalità degli operatori², rendendo trascurabili i benefici legati ad un piano di campionamento – meno numerosa è la popolazione, maggiore è il campione da selezionare per garantire livelli di significatività statistica accettabili; in secondo luogo, le valutazioni sulle variabili del clima interno fornite dagli operatori che ricoprono ruoli apicali, rappresentano un dato importante e significativo da monitorare con maggiore attenzione in quanto attori del sistema che conoscono meglio la struttura organizzativa, le dinamiche interne i processi aziendali.

Sia per i responsabili che per i dipendenti campionati, la partecipazione all'indagine è volontaria.

Validazione del questionario

Al fine di verificare l'adeguatezza delle aree utilizzate per misurare i diversi aspetti del clima, è stato effettuato uno studio della validità fattoriale. L'analisi fattoriale è una tecnica statistica multivariata che permette di prendere in considerazione un numero notevole di *items* da un questionario e ridurli a un numero molto più ridotto di variabili concettuali (fattori) non osservate. Attraverso l'applicazione dell'analisi fattoriale è possibile stimare in che misura ogni item è connesso con ciascun fattore sottostante ed assegnare il peso di ciascuno di essi ad ogni fattore identificato. Nel presente studio, 40 items relativi a 6 macroaree del questionario precedentemente elencate (l'Azienda, il management, il lavoro di gruppo, comunicazione e informazione, punti di forza e di debolezza) sono state sottoposte ad analisi fattoriale ed in seguito raggruppate con l'analisi delle componenti principali, metodo di rotazione *varimax*. Il numero di fattori estratti è stato inoltre individuato tramite il criterio di Kaiser (autovalori > 1).

² I numeri variano da 59 per i responsabili di struttura della Ausl 12 di Viareggio – dati aggiornati a dicembre 2006 –, fino ad un massimo di 217 per la Ausl 10 di Firenze, la più grande per numero di dipendenti e numero di strutture presenti sul territorio.





Effettuata l'analisi, gli items con basse saturazioni sui fattori (valore soglia uguale a 0.5) o con valori elevati di *cross-loading* (maggiori o uguali a 0.32) sono stati scartati [Costello, Osborne 2005]. Infine, la consistenza interna delle sottoscale derivate fattorialmente è stata valutata mediante il calcolo del coefficiente alpha di Cronbach, ed una volta accertata l'attendibilità del questionario, i punteggi fattoriali per ogni dimensione individuata sono stati calcolati tramite il metodo della regressione. Tutte le analisi sono state eseguite tramite il software STATA, versione 9.

Per quanto riguarda i risultati ottenuti, l'analisi fattoriale esplorativa, una volta eliminati 12 items con basse saturazioni sui fattori o con valori elevati di *cross-loading*, è risultata in grado di spiegare il 70% della varianza complessiva e ha confermato la validità del questionario e l'esistenza di diverse dimensioni del costrutto in esame. La soluzione ottimale ha fornito una struttura a 4 fattori e la concordanza interna alle dimensioni è risultata alta (coefficienti alpha di Cronbach compresi tra 0.83 e 0.94). I fattori emersi dall'analisi sono risultati, sebbene non identici, molto simili alle dimensioni originarie e sono stati interpretati come:

1. Percezione del funzionamento dell'organizzazione
2. Percezione della direzione aziendale
3. Percezione del lavoro di gruppo
4. Percezione dei processi di comunicazione

L'analisi fattoriale è stata applicata successivamente anche alle 14 domande – indirizzate ai soli dipendenti delle AOU – relative alle dimensioni *formazione* e *rapporto con i colleghi*. La soluzione finale è costituita da 10 items raggruppati in due fattori che spiegano il 64% della variabilità. Anche in questo caso la concordanza interna alle due dimensioni è risultata elevata (coefficienti alpha di Cronbach uguali a 0.87 e 0.82). I due fattori sono stati quindi etichettati come: (1) colleghi e (2) formazione.





Campionamento

Obiettivo principale del campionamento è la raccolta di dati che consentano di generalizzare all'intera popolazione i risultati ottenuti dall'analisi dei dati forniti dal campione; l'alternativa al campionamento è il censimento, cioè l'indagine condotta su ogni singolo elemento della popolazione.

In uno studio statistico-epidemiologico raramente è possibile esaminare ogni singolo individuo della popolazione di riferimento. Questo è dovuto a molteplici fattori. I più importanti:

- le risorse disponibili sono limitate (risorse economiche, risorse umane, tempo);
- l'intera popolazione non è fisicamente raggiungibile o addirittura può non essere nota a priori.

Nel caso del clima interno, la popolazione di riferimento utilizzata è nota a priori, così come note sono le sue caratteristiche: si tratta di tutti i dipendenti strutturati – dunque con forme contrattuali stabili o a tempo determinato delle Aziende –, presenti nell'elenco del personale aggiornato al 31 dicembre dell'anno precedente l'indagine.

Vista la natura delle Aziende che partecipano all'indagine e la tempestività con cui i dati devono essere elaborati, è stata scelta la soluzione del campionamento, anche se per i prossimi anni si ipotizza un passaggio ad una soluzione alternativa.

Il campionamento è stato dunque effettuato sulla base delle informazioni e delle caratteristiche della popolazione target; in particolare, le variabili utilizzate per definire la numerosità campionaria sono state: l'area di appartenenza (amministrazione, prevenzione, territorio, ospedale) ed il ruolo (dirigenti e non dirigenti).

Nel caso specifico, per tutte le unità della popolazione sono note informazioni che possono essere utilizzate nella strategia di campionamento per migliorare la precisione degli stimatori.

La stratificazione è una metodologia che consente di utilizzare questo tipo di informazioni (dette informazioni supplementari o ausiliarie) per migliorare il disegno di campionamento.





Consiste nel classificare – utilizzando le informazioni ausiliarie – la popolazione in sub-popolazioni, o strati.

I maggiori vantaggi della stratificazione discendono dal fatto che la dimensione dei campioni negli strati, anziché essere determinata dalla casualità dell'estrazione – come avverrebbe nel campionamento casuale semplice – è sotto il controllo di chi effettua il campione.

Spesso i campioni sono formati applicando in tutti gli strati la stessa frazione di campionamento. Essi risultano in tal caso di dimensione proporzionale a quella dello strato di provenienza e la stratificazione stessa viene detta *proporzionale*. Con questo tipo di stratificazione si ha la garanzia di ottenere stimatori migliori (più precisi) di quelli che proverrebbero da un campione casuale semplice.

Gli strati individuati rispecchiano l'organizzazione dell'Azienda e i ruoli ricoperti; in particolare il campionamento è definito sugli strati individuati dalle macroarea di appartenenza:

- Amministrazione
- Ospedale
- Prevenzione
- Territorio

e dai ruoli:

- dirigenti (dirigenza)
- non dirigenti (personale del comparto)

e dalle zone in cui sono suddivise le Aziende Sanitarie.

Il campione è stato costruito in modo da avere significatività statistica anche per l'area materno-infantile, al fine di misurare la soddisfazione dei dipendenti di questa area organizzativa rispetto alle dimensioni oggetto di analisi.

La percentuale di operatori individuata per ogni strato è stata del 15%.

Per selezionare gli individui del campione dall'elenco di tutti i dipendenti, come campo chiave è stata utilizzata la matricola.



2. La metodologia CAWI

Data la complessità dell'indagine per numero di soggetti e aziende coinvolti, la somministrazione dei questionari si è svolta utilizzando una soluzione software realizzata specificatamente per il clima interno organizzativo.

Il laboratorio Mes ha progettato ed implementato un'applicazione CAWI (acronimo di *Computer Assisted Web Interviewing*) in grado di raccogliere i dati dei questionari presso le aziende coinvolte nell'indagine.

Il software, sviluppato come applicazione web, permette la raccolta dei questionari utilizzando internet come canale di comunicazione: i dipendenti chiamati a rispondere ai quesiti del questionario rispondono on-line, collegandosi ad internet, compilando autonomamente il questionario. Sul video compaiono i singoli quesiti in una successione predefinita e regolata da filtri e controlli di coerenza.

1/10 - Il mio lavoro

Esprima per ogni affermazione il suo livello di accordo assegnando un punteggio da 1 a 7, dove
1 = totalmente in disaccordo
7 = totalmente d'accordo.

	1	2	3	4	5	6	7	
Mi piace lavorare in quest'Azienda	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo					
Mi piace il mio lavoro	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo					
Il mio diretto superiore mi responsabilizza sulla qualità dei risultati/servizi	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo					
Normalmente ricevo direttive ed istruzioni chiare sull'attività che devo svolgere	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo					
Mi trovo bene a lavorare nella mia struttura/unità operativa/ufficio	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo					

Del seguenti aspetti scegli i tre che ritieni più importanti (max 3 risposte)

Avere buoni rapporti con i colleghi

Avere buoni rapporti con i miei superiori

Essere coinvolto nell'organizzazione del mio lavoro

Completato

FIG. 2. La pagina web con alcuni items del questionario



I vantaggi legati all'utilizzo della metodologia CAWI possono essere riassunti nei seguenti punti:

- i controlli di qualità dei dati sono eseguiti dal computer al momento dell'immissione, con un conseguente risparmio nelle successive fasi di pulizia del *dataset* raccolto;
- è possibile gestire questionari molto articolati;
- si accorciano i tempi di completamento dell'indagine (elaborazione dei risultati).

Tra gli svantaggi sono da segnalare

- la necessità di dotare gli intervistati di un computer (fisso o portatile);
- capacità degli intervistati di utilizzare lo strumento software;
- problemi hardware/software che possono rallentare la fase di raccolta.

L'utilizzo di questa metodologia permette di ridurre notevolmente i tempi di elaborazione, poiché i dati immessi sono immediatamente disponibili in formato elettronico e pronti per le successive elaborazioni. In particolare, il software permette l'esportazione del dataset costituito dalle risposte fornite dagli operatori in diversi formati: excel, xml, sql, csv. L'utilizzo di questa tecnologia consente di ridurre ad una percentuale trascurabile gli errori di inserimento: nell'ultima rilevazione si è ottenuto un risultato di *missing values* pari allo 0,005% – su un totale di oltre 305.000 valori solo 20 sono risultati corrotti o non pervenuti. I dati sono gestiti da un DBRM relazionale. Strumenti di analisi adeguati, in grado di leggere i dati dal dataset costituito dai questionari immessi dal campione, hanno permesso la definizione di procedure standardizzate per l'analisi descrittiva dei dati e la produzione della relativa reportistica.

Nel caso specifico sono stati utilizzati i seguenti strumenti:

- *R* per l'analisi dei dati
- *Latex* per la formattazione e la produzione della reportistica
- *MySql* per la gestione del database relazionale contenente





i dati del questionario, e le informazioni per gestire gli accessi al sistema

L'unione di queste diverse tecnologie ha permesso la creazione di un sistema software che permette la realizzazione dell'indagine in poco tempo, con la possibilità di monitorare in tempo reale l'andamento della rilevazione, e di generare la reportistica con i risultati dell'indagine nei giorni immediatamente successivi alla conclusione dell'indagine.

Anonimato e sicurezza dei dati

La fase di campionamento permette di individuare per ogni strato la numerosità campionaria necessaria ad assicurare la significatività statistica richiesta. Utilizzando queste informazioni si creano, per ogni Azienda, le login e le password per accedere all'applicazione.

La generazione delle credenziali di accesso è una fase particolarmente importante: l'utilizzo di un canale di comunicazione che è insicuro per definizione – la rete internet –, impone di gestire in modo appropriato sia la fase di accesso al questionario sia la successiva fase di trasmissione dei dati.

L'anonimato del compilatore è garantito dalle modalità con cui le credenziali sono costruite e distribuite agli operatori; la sicurezza della trasmissione dei dati è assicurata grazie all'adozione di un canale sicuro di connessione che prevede l'utilizzo del protocollo https per l'accesso e lo scambio dei dati tra client e server.

Questo tipo di comunicazione garantisce che solamente il client e il server siano in grado di conoscere il contenuto della comunicazione, il supporto SSL³ garantisce la cifratura dei dati trasmessi e ricevuti su internet.

Per quanto riguarda la login necessaria per accedere

³ Il Secure Sockets Layer (SSL) è un protocollo progettato dalla Netscape Communications Corporation, per realizzare comunicazioni cifrate su Internet. Viene normalmente impiegato sul web per garantire gli acquisti tramite carta di credito ed in generale in tutti i quei casi in cui l'oggetto della transazione è costituito da dati importanti o sensibili.



al sistema, essa è stata disegnata come una stringa di dieci caratteri, suddivisa logicamente in tre sezioni:

Codice unico associato all'Azienda	Ruolo	Stringa alfanumerica
------------------------------------	-------	----------------------

La prima parte della stringa individua in modo univoco l'AUSL di provenienza del questionario, la seconda parte individua il ruolo del compilatore – dirigente, non dirigente – mentre le ultime 6 posizioni formano un codice alfanumerico casuale che rende unica la password. Le login, suddivise per Azienda e ruolo, sono distribuite casualmente agli operatori nel momento in cui si recano nelle sedi individuate dalle direzioni aziendali per compilare il questionario.

La login può essere utilizzata una sola volta: in questo modo si è sicuri che l'accesso al questionario avviene solo con le modalità concordate e pianificate in fase di progettazione dell'indagine.

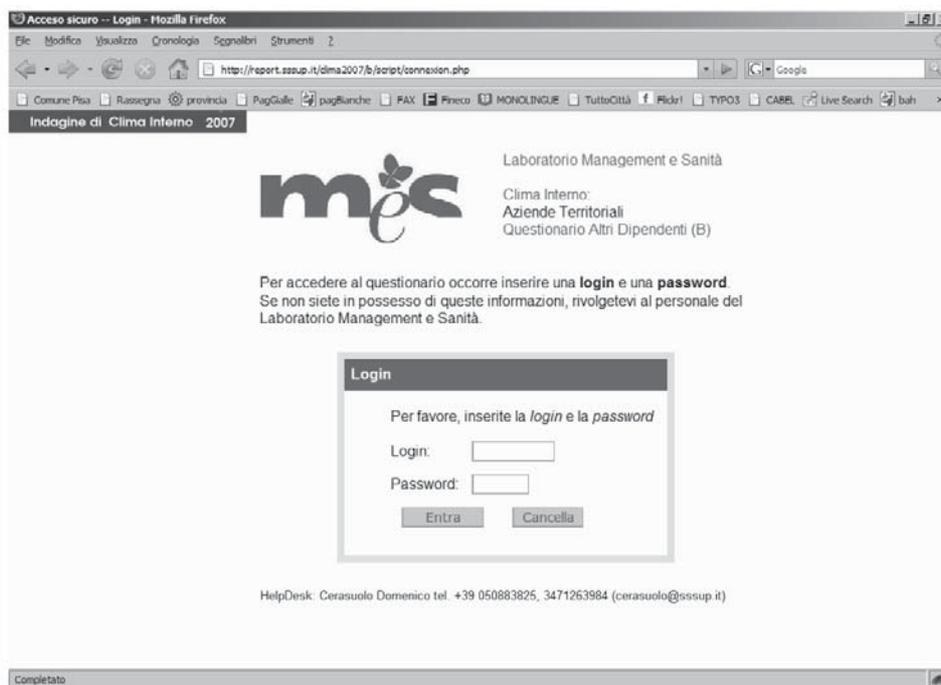


FIG 3. L'accesso al sistema.



3. *La valutazione del clima organizzativo*

La valutazione del clima rappresenta dunque un momento di riflessione sulle dinamiche – anche relazionali interne all'organizzazione – da utilizzare come strumento per orientare il processo di cambiamento.

Le percezioni che i dipendenti hanno del loro contesto lavorativo sono utili all'Azienda, soprattutto per individuare quelle azioni che possano facilitare il passaggio verso nuovi modelli organizzativi.

La valutazione del clima interno non vuole sminuire l'utilità dei meccanismi classici di gestione, come l'incentivazione, la valutazione o lo sviluppo delle carriere professionali, ma deve integrarsi con questi per non circoscrivere il fenomeno della gestione del personale ai soli aspetti tecnici.

Gli indicatori utilizzati per la valutazione del clima organizzativo sono stati costruiti attraverso lo studio di variabili che si ricompongono in tre macroaree principali. Queste sono:

- *La comunicazione e l'informazione*: in questa sezione si analizzano le tematiche relative alle modalità con cui le diverse tipologie di informazioni circolano all'interno ed all'esterno dell'Azienda. Il sistema e il grado di diffusione di notizie come i risultati aziendali, o la possibilità di accedere ad informazioni che chiariscono gli obiettivi da raggiungere, sono il tessuto connettivo dell'organizzazione. Questo deve essere mantenuto vivo e attivo, così da garantire il flusso di informazioni utili al professionista, in modo da renderlo partecipe e parte di un organismo complesso come l'Azienda.
- *La gerarchia organizzativa*: questa sezione si focalizza sia sulle dinamiche relazionali interne al sistema che sull'analisi delle variabili che influenzano il sistema delle decisioni, ovvero le modalità concrete con cui le decisioni vengono prese: si misurano il livello di accentramento-decentramento, l'intensità del coinvolgimento e i meccanismi di partecipazione, i feed-back ricevuti dal superiore gerarchico sul lavoro, la partecipazione,





l'intensità e la diffusione con cui vengono affrontati e discussi i problemi.

- *L'Azienda*: questa sezione indaga le modalità con cui si sviluppano i principali processi lavorativi e il proprio percorso formativo personale. Si tratta di capire quanto l'Azienda incoraggia il cambiamento e si fa promotrice di azioni in grado di assecondare il modificarsi del contesto in cui opera. Le variabili riguardano le percezioni sugli aspetti strutturali e organizzativi e le questioni attinenti la formazione e lo sviluppo delle competenze tra i dipendenti. Si cerca di comprendere meglio il «contenuto del lavoro» e la «ricchezza» insita nelle funzioni svolte all'interno dei processi lavorativi. Questo si traduce in una valutazione anche del livello di qualità dell'output dell'Azienda e dello stato di salute dell'organizzazione.

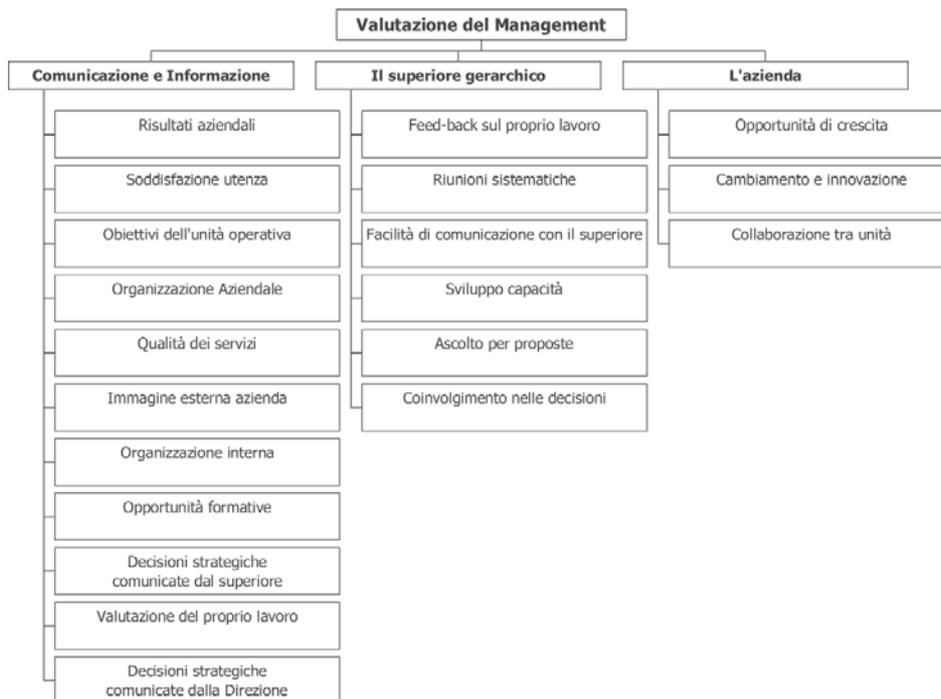


FIG 4. Valutazione del management: costruito dell'indicatore.

La rappresentazione grafica dei risultati viene realizzata attraverso istogrammi che riportano le frequenze



relative delle risposte al questionario. In realtà le scale di misurazione della soddisfazione dei professionisti rispetto ad un item o il loro grado di accordo/disaccordo su una determinata affermazione, utilizzano un sistema di risposta con scala a sette punti. La scelta di questa scala è quella di ottenere un livello di dettaglio maggiore e di cogliere le sfumature nel livello di risposta della popolazione indagata. Tuttavia, per uniformare la lettura dei risultati al sistema di valutazione, la scala a sette punti viene convertita con una semplice proporzione in una scala a cinque valori. Questi ultimi rappresentano poi gli estremi di fasce (0-1, >1-2, >2-3, >3-4, >4-5) a cui vengono associati i colori, identici per tutto il sistema di valutazione, che identificano il livello di performance raggiunto.

Intervalli-Colori delle Fasce-Bersaglio		
	0 - <=1	(1,00)
(1,01)	>1 - <=2	(2,00)
(2,01)	>2 - <=3	(3,00)
(3,01)	>3 - <=4	(4,00)
(4,01)	>4 - <=5	(5,00)

FIG 5. Tabella degli intervalli - colore associati alle fasce di valutazione del bersaglio.

Si passa così da una performance molto scarsa per chi si colloca nella fascia rossa (punteggio compreso fra 0 e 1) fino ad una performance ottima per chi si colloca nella fascia verde (punteggio compreso fra 4 e 5).

Tasso di risposta all'indagine

Un primo elemento di valutazione del clima interno è costituito dal *tasso di risposta* all'indagine, ovvero la percentuale di persone che compilano il questionario rispetto al numero totale della popolazione campionata. Questo rappresenta un primo segnale forte nei confronti dell'Azienda, un modo chiaro per manifestare il proprio dissenso e disagio. La media regionale si attesta su valori bassi, con un

trend negativo rispetto alle rilevazioni dell'anno precedente (in diminuzione del 10%), dal 49,98% del 2005 al 39,8% del 2006.

L'indicatore *tasso di risposta* presenta quindi delle criticità importanti, che dovrebbero spingere le Direzioni a cercare di rafforzare il senso di appartenenza dei propri dipendenti e a valorizzare aspetti non secondari come il coinvolgimento e la partecipazione dei professionisti alla vita in Azienda.

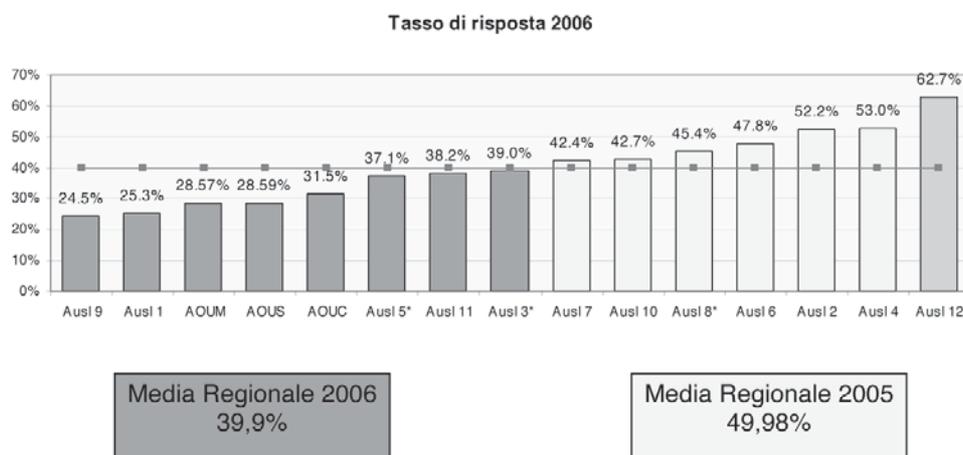


FIG 6. Tasso di risposta 2006

Valutazione del management da parte dei dipendenti

La valutazione del management da parte dei dipendenti, presenta una situazione più critica, resa evidente da una media regionale sull'indicatore sensibilmente più bassa rispetto al risultato emerso per i responsabili di struttura.

L'analisi del trend 2005-2006 evidenzia un leggero miglioramento e sicuramente può valere il ragionamento compiuto per l'indicatore precedente: vedere l'indagine di clima già di per sé come un segnale importante di ascolto da parte dell'Azienda delle problematiche dei professionisti. L'effetto può essere mitigato dal fatto che la situazione di partenza è più critica e di conseguenza oltre a questi segnali di apertura e di cambiamento di atteggiamento

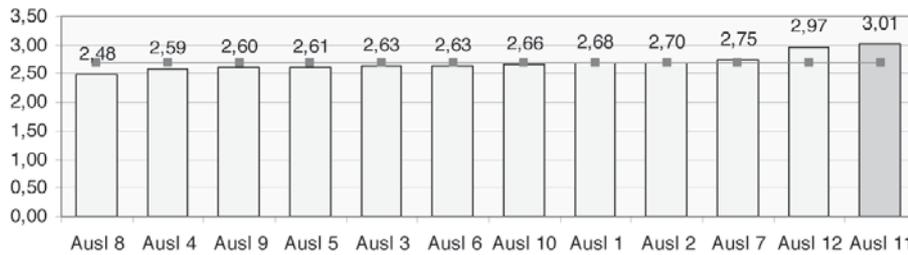


verso i dipendenti, questi ultimi hanno bisogno di vedere una serie di azioni concrete per la soluzione degli aspetti critici evidenziati.

Media Regionale 2005
2,59

Media Regionale 2006
2,69

Valutazione del management 2006
Dipendenti



Valutazione del Management Dipendenti
Trend 2005 - 2006

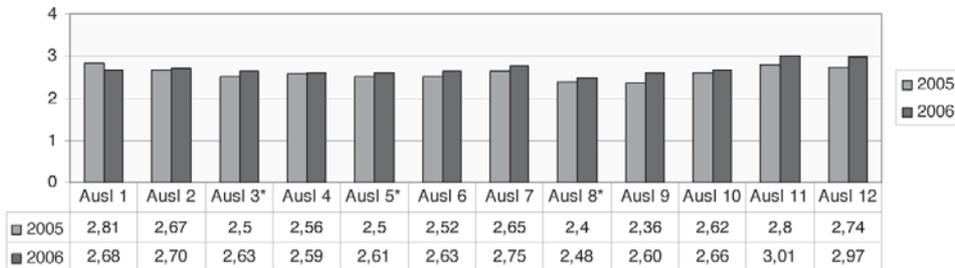


FIG 7. Valutazione del Management Dipendenti -Anno 2006 e Trend 2005-2006

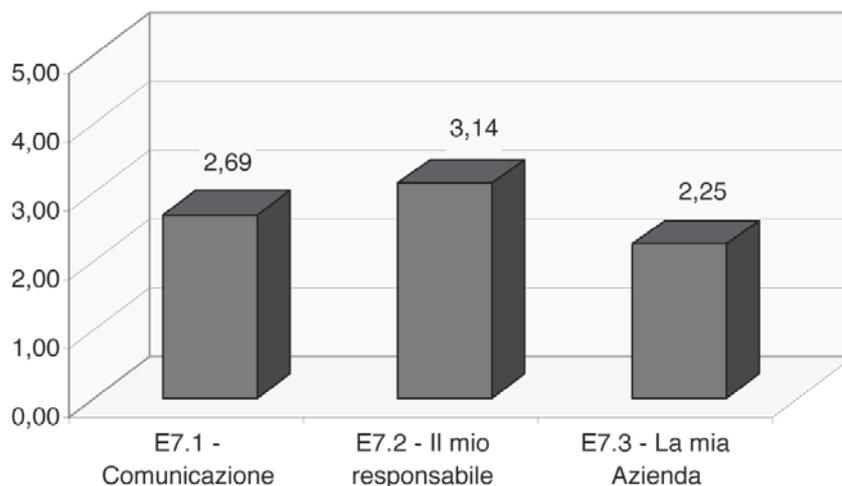
A conferma di quanto ipotizzato, se si scompone il risultato nei suoi sottoindicatori, emerge come l'esito sia condizionato dal giudizio negativo nei confronti dell'Azienda, in termini di opportunità di crescita professionale, di cambiamento e di innovazione e di iniziative utili a facilitare la collaborazione tra unità. Anche sugli aspetti della comunicazione, il giudizio risulta peggiore rispetto a quello espresso dai responsabili di



struttura e il risultato impone una riflessione sull'asimmetria informativa tra i vertici aziendali e il resto dei professionisti rispetto alle informazioni riguardanti l'Azienda, mentre risulta particolarmente positivo il giudizio sul proprio responsabile.

Se si analizza il risultato suddiviso per le quattro macro-

**Media regionale sottoindicatori
(dipendenti)**



**Media regionale per macroarea
(dipendenti)**

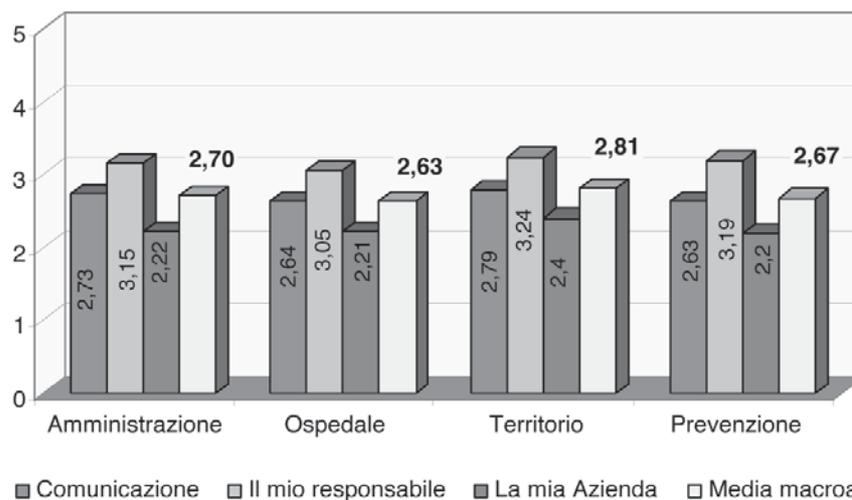


FIG 8. Media regionale (dipendenti): i sottoindicatori e gli stessi suddivisi per macroarea



aree individuate – *Amministrazione, Ospedale, Territorio e Prevenzione* – si possono fare alcune considerazioni.

Rispetto all'indicatore precedente c'è maggiore omogeneità di risposta, a conferma che i problemi per i dipendenti sono criticità diffuse in tutta l'Azienda. Il giudizio peggiore lo esprime ancora una volta l'*Ospedale*, ma non si discosta molto dagli altri.

Anche per i sottoindicatori il giudizio è omogeneo nelle quattro macroaree. Il risultato peggiore è dato dal giudizio dei dipendenti sulla *propria Azienda*; risulta critico il tema della *comunicazione e dell'informazione*, mentre il risultato sul tema del *proprio responsabile* risulta elemento trainante verso l'alto del valore dell'indicatore, con un risultato particolarmente positivo per il *Territorio*.

In conclusione, dall'indagine di clima emerge un quadro complessivamente abbastanza positivo, con delle criticità su alcuni aspetti noti per le pubbliche amministrazioni; in particolare quello del coinvolgimento dei professionisti, e della comunicazione e dell'informazione per chi non ricopre dei ruoli apicali. Quello che forse era meno prevedibile è l'atteggiamento più critico di chi lavora in ospedale.

Un aspetto da non sottovalutare è infine il valore critico del Tasso di risposta all'indagine. Il risultato impone la necessità di adottare azioni in grado di rafforzare il senso di appartenenza all'Azienda, la motivazione a partecipare attivamente al miglioramento continuo dei servizi e ad esprimere la propria opinione, soprattutto approfittando di strumenti innovativi come l'indagine di clima.

La valutazione del management da parte dei responsabili di struttura

Gli indicatori determinati dal risultato dell'indagine di clima puntano dunque a fornire una fotografia dell'Azienda su alcuni aspetti ritenuti fondamentali. L'attenzione si concentra in particolare su la macrodimensione della valutazione del management distinta tra i responsabili di struttura e tutti gli altri dipendenti.





Tale valutazione si compone di una serie di sottoindicatori sui temi: comunicazione e informazione, superiore gerarchico e Azienda.

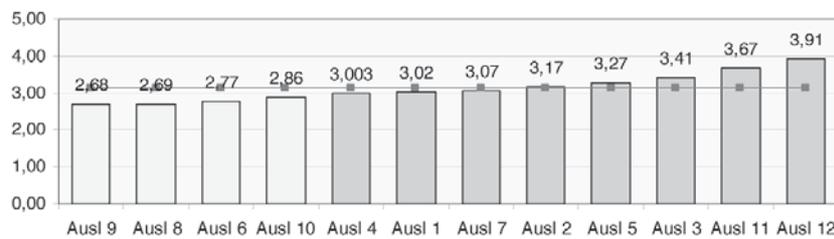
Puntare al miglioramento dei risultati necessita di una focalizzazione sui sistemi e sui meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati.

Il valore individuato dall'indagine sulla valutazione del management da parte dei responsabili di struttura evidenzia una performance buona per tutta la Regione, con realtà in cui il risultato si attesta su livelli significativamente positivi.

Lo spirito di gruppo e la possibilità di conoscersi, collaborare e integrarsi viene in qualche modo agevolata anche dalla dimensioni più contenute – non a caso sono le aziende più piccole ad ottenere le migliori performance.



**Valutazione del Management 2006
Responsabili di Struttura**



**Valutazione del Management Responsabili di Struttura
Trend 2005 - 2006**

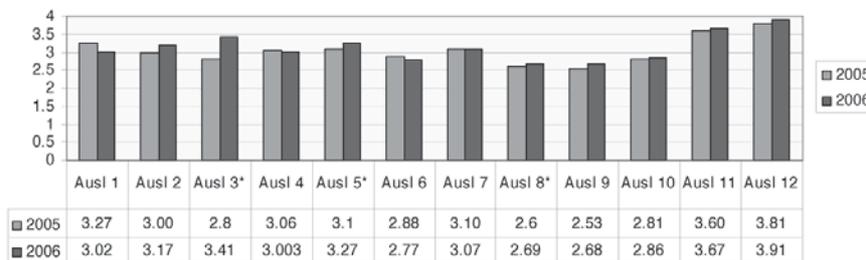


FIG 9. Valutazione del Management Responsabili di struttura - Anno 2006 e Trend 2005-2006





Analizzando il trend 2005-2006 questo risultato, peraltro già buono, è indirizzato verso un ulteriore miglioramento.

È opinione diffusa che l'utilizzo di questi strumenti e la restituzione dei dati in un contesto di benchmarking per il sistema sanitario toscano, ha sicuramente influenzato e migliorato il giudizio sulle variabili oggetto dell'indagine. Gli aspetti indagati sono rappresentati nei vari sottoindicatori dalla *conoscenza dei risultati aziendali, la possibilità di esprimersi e fare nuove proposte*; significa dunque essere coinvolti nelle decisioni e essere orientati al cambiamento, utilizzando nuovi strumenti per la gestione strategica. Si può allora sostenere che l'indagine di per sé assume un ruolo fondamentale nel migliorare l'opinione che i professionisti hanno del management e dell'Azienda in generale.

Se si analizza il modo in cui si determina più nello specifico il risultato complessivo attraverso l'analisi dei risultati dei sottoindicatori, emerge come per i responsabili di struttura la comunicazione e l'informazione non rappresentano una criticità. A spostare verso il basso l'indicatore sono i giudizi espressi sul rapporto con il proprio superiore gerarchico, che per i dirigenti di struttura complessa è da identificarsi con la Direzione Aziendale, ed il giudizio sull'Azienda.

Se analizziamo poi il risultato sulle quattro macroaree che l'indagine individuava, ovvero Amministrazione, Ospedale, Territorio e Prevenzione, è possibile compiere ulteriori interessanti osservazioni.

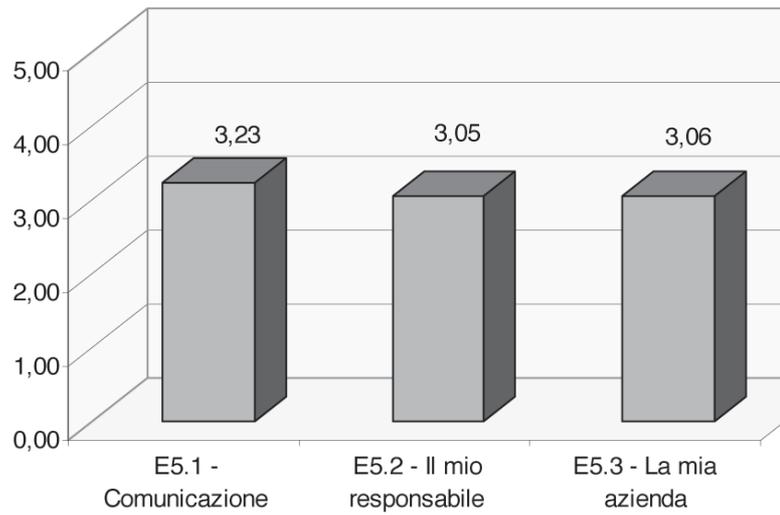
I più soddisfatti complessivamente risultano i professionisti che operano nella Prevenzione, mentre i più scontenti sono gli operatori dell'Ospedale. Per gli Amministrativi si riscontra una criticità per quanto riguarda gli aspetti della comunicazione e informazione, ma essi esprimono un giudizio particolarmente positivo verso il proprio responsabile in termini di coinvolgimento, feed-back sul lavoro ecc., e sulla propria Azienda riguardo a opportunità di crescita, cambiamento, innovazione e collaborazione tra unità.

Sono proprio i giudizi dei professionisti sui rapporti con il proprio superiore e in generale il giudizio sull'Azienda a trainare verso il basso il valore emerso dalla macroarea *Ospedale*.





Media regionale per sottoindicatore



Media regionale per macroarea

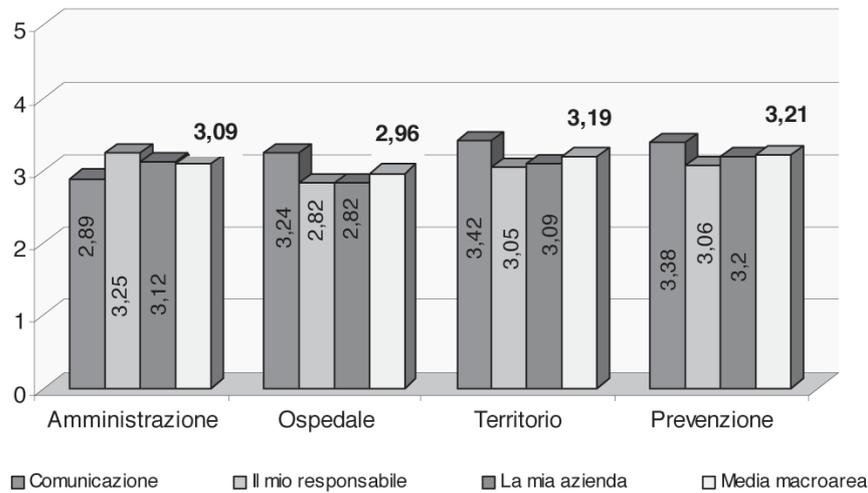


FIG 10. Media regionale (responsabili di struttura): i sottoindicatori e gli stessi suddivisi per macroarea

Come già detto, sono considerazioni specifiche, che lasciano intatto il giudizio positivo sul risultato ottenuto.





4. La valutazione di efficienza del personale

Tra gli indicatori che confluiscono nella valutazione interna aziendale sono presenti due importanti indici di efficienza del personale: il tasso di assenza e il tasso di infortuni sul lavoro.

Il primo indicatore, fortemente legato alla produttività e all'efficienza del personale, intende studiare la composizione delle assenze sul luogo di lavoro. Nel sistema di valutazione tale indicatore misura:

- l'incapacità lavorativa temporanea, prolungata o permanente risultante da malattia o infermità;
- le assenze dovute a permessi retribuiti.

L'assenza dal posto di lavoro e l'incapacità lavorativa comportano una serie di costi diretti e indiretti la cui incidenza sulla produttività può raggiungere percentuali elevate.

In uno studio molto approfondito condotto dalla *Fondazione Europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro*, condotta su 8 paesi (Austria, Belgio, Germania, Italia, Paesi Bassi, Norvegia, Portogallo e Regno Unito), sono riportati i dati degli effetti dell'assenteismo sulla produttività del paese causate dalle sole assenze per malattia.

Nel Regno Unito, nel 1994, le assenze per malattia hanno causato al paese i seguenti costi: 177 milioni di giornate lavorative perse, una perdita di produttività complessiva di 13 miliardi di euro, un costo di 630 euro per dipendente.

Cifre impressionanti che danno il senso del fenomeno e al tempo stesso sottolineano l'importanza della misurazione e dello studio di questo elemento aziendale, con la definizione di indicatori che rendono il sistema di valutazione non solo uno strumento di *governance*, ma anche un elemento di monitoraggio e di verifica del successo delle attività o iniziative correttive messe in opera per migliorare la performance di questi indicatori.

Dunque, il *tasso d'assenza* è un indicatore il cui risultato rappresenta un campanello di allarme importante per un'organizzazione. L'indicatore di per sé non è in grado di individuare le cause sottostanti al fenomeno, ma fornisce un'utile indicazione indiretta sul clima interno, sulla pro-





duttività e sulla qualità delle prestazioni erogate.

L'indicatore prende in considerazione diversi aspetti e situazioni che determinano l'assenza da lavoro retribuita. Gli elementi rilevati riguardano infatti le assenze per permessi (da quelle sindacali fino a quelle per il diritto allo studio), per gravidanza, per malattia e per infortuni. L'indicatore fornisce in questo modo uno spaccato dell'assenteismo in Azienda evidenziando tutte le cause d'assenza.

Per le aziende sanitarie è diventato fondamentale e strategico monitorare questo indicatore, sia per facilitarne la comprensione di alcune dinamiche interne, che per avere importanti leve gestionali con cui guidare l'Azienda.

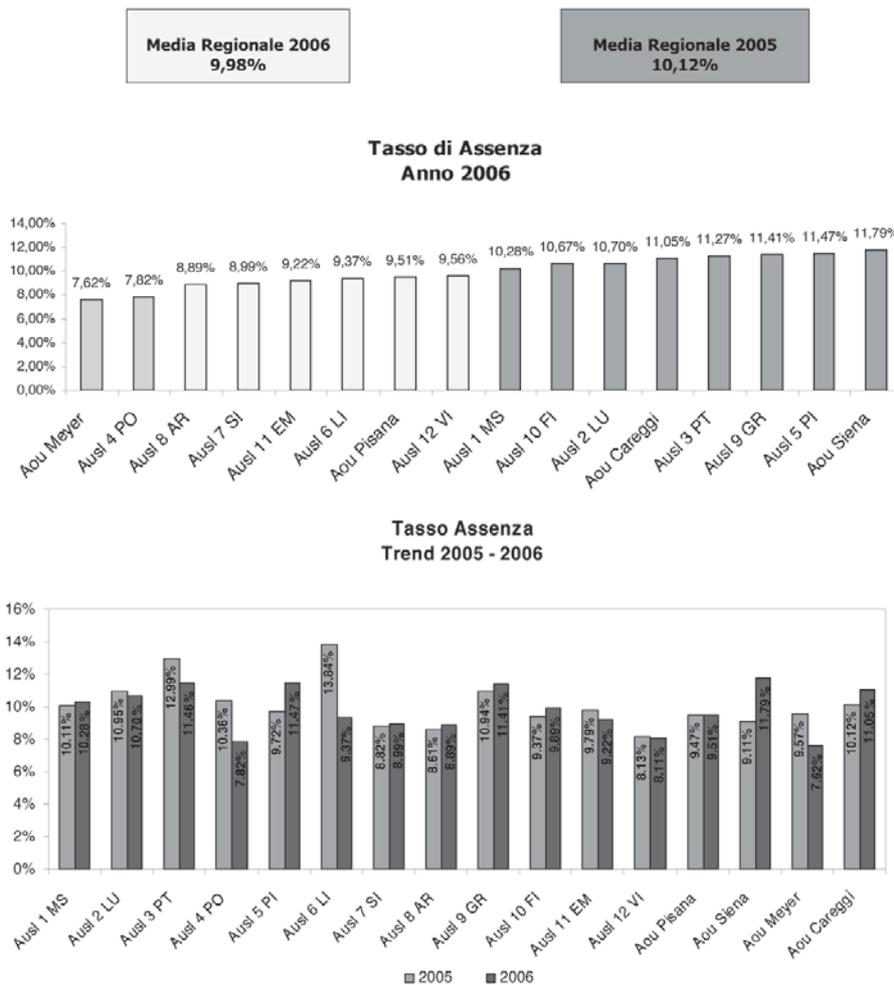


FIG 11. Tasso di assenza -Anno 2006 e Trend 2005-2006





Il risultato complessivo regionale del tasso di assenza ha un valore abbastanza critico. Se da un lato esiste un divario eccessivo tra le migliori performance e quelle peggiori, dall'altro rimane inequivocabile che questo valore risulta troppo elevato se paragonato con altre attività di produzione di beni e servizi, soprattutto nel settore privato.

È evidente dunque come le aziende debbano lavorare per migliorare questi valori, dato che la soglia per il riconoscimento di una performance accettabile viene fissata con ampio margine su un valore inferiore al 7%.

I dati utilizzati per la costruzione dell'indicatore sono stati forniti direttamente dalle aziende sanitarie toscane. Il periodo di rilevazione dei dati presentati si riferisce a tutto il 2006.

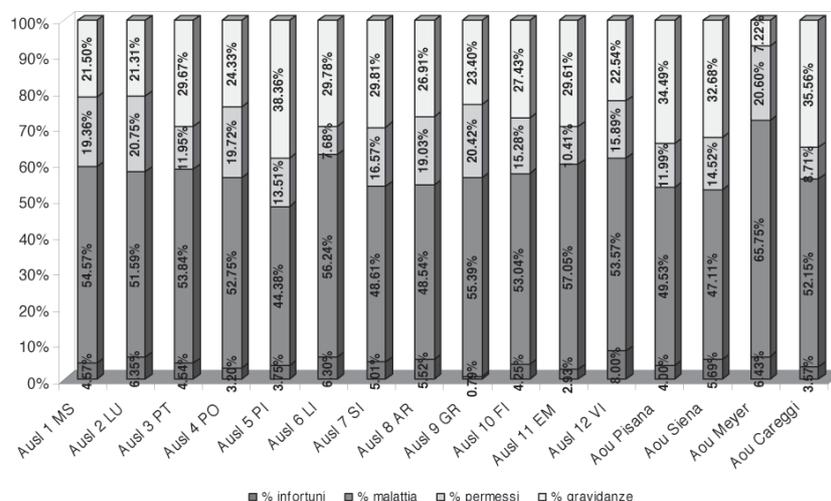
Nella figura viene riportato il trend del tasso d'assenza degli ultimi due anni. Dal grafico emerge che al di là di qualche risultato, che si discosta sensibilmente rispetto all'anno precedente – da considerarsi come *outlier* –, è possibile confermare un miglioramento al livello regionale dall'introduzione di questo indicatore (dal 10,12% del 2005 al 9,84% del 2006). Pertanto, a differenza di indicatori come quelli rilevati dalle indagini di clima interno, dove spostare un risultato richiede un forte impegno in termini di intensità ma anche di tempo, su questo indicatore è possibile agire in modo più incisivo in breve tempo.

Interessante ai fini dell'analisi di questo indicatore è la scomposizione dello stesso nelle voci di assenza che lo determinano; in particolare, in questo modo viene evidenziata la differente composizione delle ore di assenza nelle varie Aziende Sanitarie.

Dai dati emerge che in aziende dove il personale è più giovane, la percentuale di assenza è fortemente condizionata da un numero più elevato di gravidanze; a questa situazione si contrappone quella di aziende con professionisti anagraficamente più anziani, dove risulta preponderante la percentuale di assenze per malattie.



Composizione percentuale ore di assenza 2006



Definizione:	Tasso di assenza dei dipendenti
Numeratore:	N. ore di assenza
Denominatore:	N. ore lavorabili da contratto (al netto)
Formola matematica:	$\frac{\text{N. ore di assenza}}{\text{N. ore lavorabili da contratto (al netto)}}$
Note per l'elaborazione:	<p>Il numero di ore di assenza risulta dalla somma di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. ore Assenza per Malattia (100%, 90%, 50% e 0%) - n. ore Assenza per Infortuni - n. ore Permessi Retribuiti - n. ore Assenza per Gravidanza <p>Il numero di ore lavorabili da contratto si intende al netto di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. ore per Ferie di competenza - n. ore Distacco Sindacale - n. ore Permessi Sindacali - n. ore Sciopero - n. ore Astensione facoltativa per malattia del figlio - n. ore Aspettative senza assegni
Fonte:	Dato Aziendale – Ufficio del Personale
Parametro di riferimento:	Media Regionale
Significato:	L'indicatore mostra la percentuale di assenza dei dipendenti dell'azienda e può essere considerato una proxy del clima interno

FIG 12. Composizione percentuale delle ore di assenza: scheda indicatore del tasso d'assenza

5. Infortuni sul lavoro

I risultati emersi da questo indicatore consentono di quantificare il fenomeno degli infortuni a livello regionale in modo da creare un campanello di allarme per le aziende dove gli eventi riconducibili agli infortuni si manifestano



con una frequenza maggiore. Una volta evidenziata una situazione di criticità, si può procedere ad individuare metodi d'azione e strumenti conoscitivi per contrastare il fenomeno ed avviare progetti mirati di intervento.

In una situazione di miglioramento significativo dello stato di salute generale della popolazione Toscana, la dimensione del fenomeno infortunistico esige di mantenere la prevenzione di tale fenomeno come una delle priorità della sanità pubblica regionale anche nelle Aziende Sanitarie che tutte insieme costituiscono la principale industria della regione.

Il sistema sanitario regionale, composto da enti pubblici e privati, contribuisce infatti in modo rilevante a generare reddito nell'economia toscana (studio Irpet presentato nella relazione sanitaria 2003-2005).

Nel contesto delle aziende sanitarie il *tasso d'infortuni* è un indicatore significativo, perché può evidenziare aspetti legati a carenze igieniche o strutturali, ad elementi che riguardano lo scarso rispetto di procedure e protocolli per la sicurezza sui luoghi di lavoro e in generale alle carenze organizzative che sarebbero necessarie per fare fronte al problema.

Oltre ad aspetti puramente gestionali e ai costi legati a questi eventi, questo indicatore si carica di una valenza etico-morale su cui oggi esiste un'attenzione particolare da parte delle istituzioni e su cui si investe molto, soprattutto nei settori dove la mortalità per infortuni è molto elevata.

Gestire, governare e monitorare questo indicatore significa infatti adottare un piano strategico mirato, con azioni volte ad identificare i fattori di rischio, a rafforzare la prevenzione primaria, ad aumentare le capacità professionali per informare le persone a rischio e a scegliere procedure di sicurezza chiare e note a tutti.

Il risultato mostrato dal grafico sottolinea una situazione fortemente disomogenea in Toscana, in relazione al numero di infortuni registrati nelle Aziende Sanitarie. A prescindere dall'eterogeneità dei compiti e dalle figure professionali che operano nel Servizio Sanitario Toscano, il dato sugli infortuni è comunque confortante, soprattutto perché in



controtendenza rispetto alla situazione nazionale dove il numero di infortuni risulta in aumento più che proporzionalmente nell'ultimo quinquennio rispetto all'andamento del personale⁴.

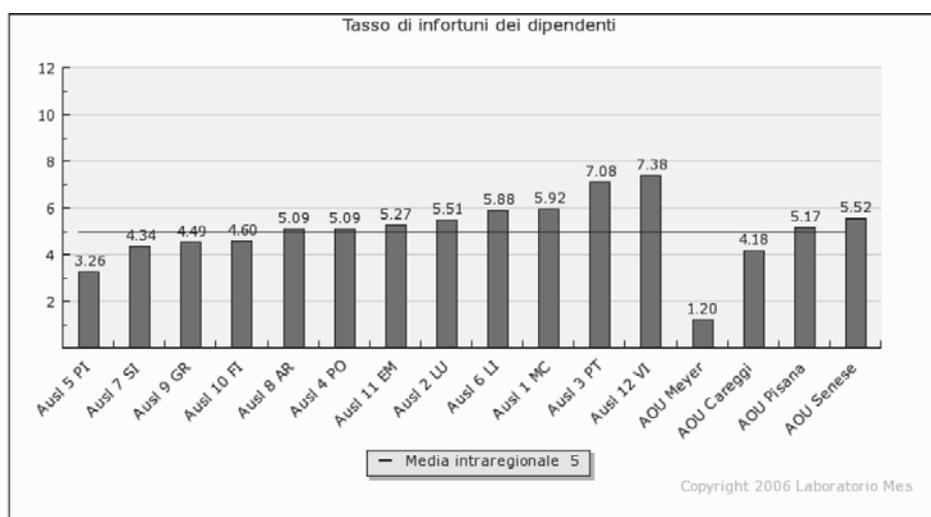
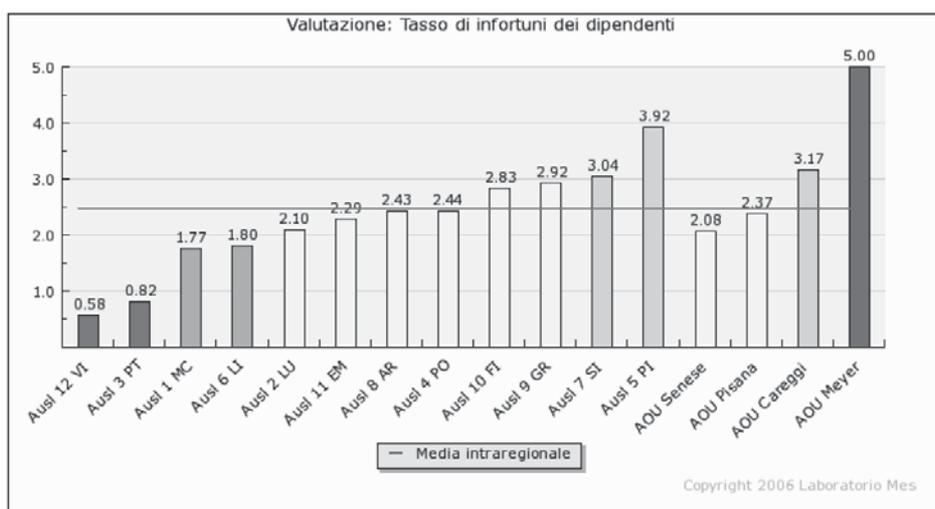


FIG 13. Tasso di infortuni dei dipendenti

⁴ 10% di aumento personale contro il 20,6% di aumento del numero di infortuni (dati INAIL).



La valutazione degli infortuni, rapportati non al numero complessivo dei dipendenti, ma alle ore lavorabili da contratto, fa emergere una situazione in parte differente.

L'utilizzo di questa modalità di calcolo è stata determinata dalla necessità di eliminare l'effetto distorsivo delle varie tipologie di contratti presenti in Azienda. Il numero di part-time può influenzare il dato: il dipendente viene conteggiato come unità, ma la sua presenza in termini di ore è inferiore.

La figura 13, con le fasce di valutazione è la trasposizione proporzionale del numero di infortuni sulle ore lavorabili da contratto (moltiplicato 100.000). Ad esempio, la migliore performance (AOU Meyer – punteggio pari a 5), ha il numero di infortuni più basso rispetto alle ore lavorabili da contratto (1,20).

I dati per la costruzione degli indicatori di efficienza sono forniti dalle Aziende Sanitarie, e vengono estratti dal registro dell'infortuni in modo da assicurare la rilevazione di tutte le tipologie di infortuni indipendentemente dalla durata dell'assenza e quindi dell'entità dell'infortunio avvenuto.



LA VALUTAZIONE ESTERNA

1. *Presupposti metodologici* (Sabina Nuti, Anna Maria Murante)

La misurazione della performance di un'Azienda sanitaria non può limitarsi a verificare il raggiungimento di obiettivi sanitari e/o economico-finanziari, ma deve anche ambire ad osservare l'effettiva capacità dell'organizzazione di realizzare le strategie pianificate, soddisfacendo le attese dei propri utenti finali.

Sistemi di misurazione evoluti come quello fino ad ora descritto consentono di monitorare la performance aziendale anche attraverso la prospettiva *customer*, tenendo conto non solo del punto di vista degli utenti interni (dipendenti) ma anche di quello degli utenti esterni (pazienti) [Atkinson *et al.* 1997]. Questa impostazione evidenzia che la soddisfazione dell'utente non è più da considerarsi solo ed esclusivamente strumentale al perseguimento di obiettivi di tipo economico-finanziario, bensì è strettamente legata alla mission aziendale e costituisce quindi un obiettivo da raggiungere e da misurare [Baraldi 2005].

Il Sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane dedica alla valutazione esterna un'intera dimensione, completamente centrata sul vissuto dei pazienti, che ha come obiettivo quello di esporre la valutazione dei cittadini riguardo ai servizi sanitari cui hanno accesso: in particolare, le valutazioni non riguardano solo le cure sanitarie prestate, intese in senso stretto, bensì i singoli aspetti, centrali ed accessori, dell'intera assistenza ricevuta.

La valutazione dei cittadini, raccolta attraverso indagini statistiche mirate, è sintetizzata da un set di indicatori costruiti ad hoc. Si tratta di indicatori che consentono di



avere un'immagine chiara e completa dei servizi offerti dal sistema sanitario toscano che, come altri sistemi sanitari regionali, nazionali e internazionali, nell'ultimo decennio ha vissuto grandi cambiamenti, necessari per far fronte ai nuovi bisogni dei cittadini.

Il paziente-utente odierno è infatti più informato, ha maggiore consapevolezza di cosa i servizi sanitari sono in grado di offrire e si avvicina al servizio portando con sé grandi aspettative, che non sempre il sistema è in grado di soddisfare quando la richiesta di cure adeguate è accompagnata dal bisogno di una grande attenzione alla persona [Coulter, Magee 2003].

Secondo il rapporto dell'OMS del 2000 [WHO 2000] la *responsiveness* dei sistemi sanitari non va intesa solo come risposta ai bisogni di salute capaci di produrre outcome sanitari, ma anche come offerta di un servizio orientato al paziente e rispettoso della sua persona. Un servizio dunque che si caratterizza per: rispetto della dignità umana, riservatezza, libertà di scelta, attenzione immediata, accesso ad una rete di supporto sociale, diritto di scegliere il prestatore di cure e comfort.

I sistemi sanitari moderni si trovano dunque a dover rispondere ad una forte domanda di umanizzazione nei servizi, ma non solo.

Il Piano Sanitario 2005-2007 della Regione Toscana definisce la partecipazione come uno dei valori del sistema sanitario e sottolinea che quando si parla di sanità i cittadini devono considerarsi soggetti e non oggetti di decisione. Affinché un cittadino possa essere partecipe in modo sostanziale occorre metterlo nelle condizioni di poter scegliere e agire consapevolmente, e ciò è possibile solo promuovendo lo sviluppo delle sue competenze (Piano sanitario regionale 2005-2007).

Il cittadino-utente assume dunque una posizione strategica nella gestione dei servizi sanitari. Sulla base di quanto stabilito dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, oltre ad individuare in modo chiaro le aspettative e le priorità dei pazienti e a coinvolgerli nel processo di cura ed assistenza ricorrendo all'approccio della decisione condivisa, per il si-





stema è fondamentale «richiedere il loro feedback, anche sui servizi ed avviare conseguenti processi di miglioramento».

Chiedere agli utenti di valutare la qualità dei servizi sanitari di cui usufruiscono, raccogliendo le singole esperienze e rilevando il livello di soddisfazione relativo all'assistenza ricevuta, rende dunque il cittadino partecipe della gestione e della pianificazione dei servizi. Allo stesso tempo, i feedback dei pazienti diventano per il management una risorsa e uno strumento importante per superare l'asimmetria informativa che caratterizza la gestione di questo tipo di servizi, offrendo informazioni sulla qualità percepita, sui bisogni e sulle attese non soddisfatte dei propri assistiti – informazioni utili per avviare processi di miglioramento mirati, efficienti ed efficaci.

Affinché sia di aiuto alle scelte strategiche ed organizzative delle aziende che erogano servizi di pubblica utilità, il giudizio dell'utente deve essere articolato nel dettaglio, per cogliere tutti gli aspetti centrali ed accessori nella valutazione del servizio. Solo così si può procedere verso un riorientamento dell'attività delle istituzioni che erogano servizi di pubblica utilità che veda il cittadino sempre più protagonista e responsabile del processo di erogazione del servizio stesso, in cui il soggetto centrale deve risultare proprio il cittadino.

Nel campo della sanità questo orientamento risulta fondamentale anche in termini terapeutici. È infatti dimostrato come una scarsa soddisfazione possa determinare da parte del paziente una carente adesione alle indicazioni e ai trattamenti suggeriti dagli operatori sociali e sanitari, con conseguenti risultati sub-ottimali per gli utenti.

Il Sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane nella dimensione *Valutazione esterna* raccoglie oggi 15 indicatori e 21 sub-indicatori che, partendo dal punto di vista degli utenti, misurano la performance delle aziende sanitarie nell'erogazione di servizi specifici: assistenza territoriale (medicina di base, attività ambulatoriale, diagnostica, ecc.), percorso oncologico, percorso emergenza, percorso materno infantile e servizio di ricovero ospedaliero ordinario.

Ciascun indicatore permette al management delle aziende di conoscere la percezione che gli utenti hanno della



Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori	Bersaglio	Bersaglio	Bersaglio
		2005	2006	2007
VALUTAZIONE ESTERNA (D)				
D1	Percorso oncologico	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
D2	Medicina di base	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
D2.1	Medici di medicina generale	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
D2.2	Pediatrati di libera scelta			<input checked="" type="checkbox"/>
D3	Attività ambulatoriale	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
D4	Attività diagnostica	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
D5	Servizi di prevenzione	<input checked="" type="checkbox"/>		
D6	Conoscenza URP	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
D7	Presa in carico del paziente nel percorso oncologico da parte del MMG	<input checked="" type="checkbox"/>		
D8	Soddisfazione percorso emergenza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D8.1	Percorso complessivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D8.2	Accoglienza e privacy	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D8.3	Personale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D9	Percentuale abbandoni pronto soccorso		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D10	Insoddisfazione percorso emergenza		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D10.1	Percorso complessivo		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D10.2	Accoglienza e privacy		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D10.3	Personale		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D11	Qualità dell'assistenza nel ricovero		<input checked="" type="checkbox"/>	
D11.1	Cortesia e la disponibilità		<input checked="" type="checkbox"/>	
D11.2	Accuratezza dell'assistenza sanitaria		<input checked="" type="checkbox"/>	
D11.3	Valutazione complessiva cure prestate		<input checked="" type="checkbox"/>	
D11.4	Valutazione complessiva dell'esperienza di ricovero rispetto alle aspettative		<input checked="" type="checkbox"/>	
D12	Umanizzazione nel ricovero		<input checked="" type="checkbox"/>	
D12.1	Empatia		<input checked="" type="checkbox"/>	
D12.2	Gestione Dolore		<input checked="" type="checkbox"/>	
D13	Comunicazione sanitaria nel ricovero		<input checked="" type="checkbox"/>	
D13.1	Informazioni cliniche		<input checked="" type="checkbox"/>	
D13.2	Partecipazione		<input checked="" type="checkbox"/>	
D14	Comfort e ambiente nel ricovero		<input checked="" type="checkbox"/>	
D14.1	Orario visite familiari		<input checked="" type="checkbox"/>	
D14.2	Pulizia degli spazi		<input checked="" type="checkbox"/>	
D14.3	Confort camera da letto		<input checked="" type="checkbox"/>	
D14.4	Gradevolezza dei pasti		<input checked="" type="checkbox"/>	
D14.5	Orario pasti		<input checked="" type="checkbox"/>	
D15	I servizi del distretto			<input checked="" type="checkbox"/>

FIG. 1. Elenco degli indicatori e sottoindicatori presenti nella dimensione Valutazione Esterna.



qualità dell'assistenza, che può essere espressa attraverso la valutazione delle cure prestate, della professionalità del personale sanitario, dell'umanizzazione nei servizi, del livello di partecipazione e comunicazione garantito, del comfort degli ambienti, dell'organizzazione dell'assistenza, ecc.

Gli indicatori di questa dimensione del Sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie sono calcolati partendo dai risultati di indagini statistiche rivolte ai cittadini che accedono ai servizi sanitari erogati in Toscana dalle 12 Aziende sanitarie locali e dalle 4 Aziende ospedaliero-universitarie presenti sul territorio¹.

Dal 2004 al 2007 il Laboratorio MeS ha condotto cinque indagini a livello regionale, coinvolgendo gli utenti del percorso oncologico, dei servizi di assistenza territoriale (medicina di base, attività ambulatoriale, diagnostica, ecc.), del percorso materno infantile, del Pronto Soccorso e del servizio di ricovero ospedaliero ordinario².

Per consentire al management delle aziende sanitarie di monitorare in modo continuo la percezione dei pazienti, le rilevazioni vengono ripetute negli anni: ripetere nel tempo le indagini permette infatti di osservare cambiamenti nella percezione degli utenti e di verificare gli effetti delle azioni di miglioramento che sono state promosse. Fino ad oggi sono tre le indagini per cui è possibile effettuare un confronto temporale dei risultati, così come mostra la figura 2.

¹ Ad eccezione dell'indicatore *D9 – Abbandoni dal Pronto Soccorso*, calcolato invece tenendo conto del numero di pazienti che abbandonano la sala d'attesa del Pronto Soccorso prima di essere visitati da un medico (Fonte: Sistemi informativi aziendali).

² Le attività di progettazione metodologica e di rilevazione dei dati riguardanti le indagini di soddisfazione sono state curate fino al 2005 dal Settore Statistico della Regione Toscana. Dal 2006 tutte le attività del ciclo di ricerca, dall'impianto metodologico fino all'analisi dei dati, sono state sviluppate dal Laboratorio MeS della Scuola Superiore S. Anna - Regione Toscana.





INDAGINE	2004/2005	2006	2007
PERCORSO ONCOLOGICO (Focus group)	x		
ASSISTENZA TERRITORIALE	x		x
PERCORSO MATERNO INFANTILE	x		x
PERCORSO EMERGENZA	x	x	x
SERVIZIO DI RICOVERO OSPEDALIERO ORDINARIO		x	

FIG. 2. Indagini condotte tra i cittadini/utenti toscani dal 2004 al 2007.

Le tecniche adottate per la rilevazione della qualità percepita e dell'esperienza degli utenti variano in relazione ai contenuti e agli obiettivi dello studio.

Per il percorso oncologico sono state condotte indagini qualitative che permettono di coinvolgere i pazienti e di affrontare temi delicati legati alla malattia e alle cure ricevute con la sensibilità dovuta. I pazienti hanno potuto raccontare la propria esperienza nei *focus group* condotti da uno psicologo e coordinati da ricercatori del Laboratorio MeS. Gli incontri sono stati organizzati con la collaborazione delle Aziende sanitarie e hanno coinvolto un numero variabile di pazienti che andava da 8 a 15. Nel corso dei focus group gli intervenuti sono stati invitati ad esprimersi su alcuni aspetti dell'assistenza riconducibili alla propria esperienza, senza essere veicolati in alcun modo nello sviluppo della discussione.

La valutazione dei servizi territoriali, dell'assistenza al puerperio, del percorso emergenza e dell'assistenza ospedaliera offerta in occasione di ricoveri ordinari è stata invece rilevata attraverso indagini quantitative rivolte ad un campione di utenti. I cittadini sono stati intervistati telefonicamente in un momento successivo al contatto con la struttura sanitaria e hanno risposto a domande chiuse formulate da operatori appositamente formati dal Laboratorio MeS.

Lo strumento di rilevazione costruito specificatamente per ciascuna indagine ha consentito di rilevare la qualità percepita dagli utenti utilizzando scale di misura di tipo





*rating*³ e di tipo *reporting*⁴, rilevando rispettivamente il livello di soddisfazione relativo all'assistenza ricevuta e l'esperienza relativa ad alcuni aspetti specifici dell'esperienza vissuta⁵.

Questionari di questo tipo, che non rilevano solo quanto il paziente è soddisfatto dell'assistenza ricevuta, offrono al management delle Aziende sanitarie informazioni preziose. A livello gestionale occorre infatti poter individuare quali sono gli aspetti che hanno, ad esempio, generato uno stato di insoddisfazione nei pazienti di un determinato servizio, in modo da poter intervenire in modo efficace ed efficiente, soddisfacendo le attese e i reali bisogni del paziente.

Le singole indagini sono state condotte in tutte le Aziende sanitarie toscane con la medesima metodologia, al fine di assicurare la confrontabilità dei risultati a livello interaziendale.

Ciascuna delle indagini ha previsto lo svolgimento di due fasi: il reclutamento dei pazienti/cittadini da intervistare e la rilevazione delle esperienze attraverso interviste telefoniche o focus group.

Il reclutamento dei cittadini è avvenuto secondo modalità e tempi diversi a seconda dell'indagine. Per la maggior parte delle indagini (percorso materno infantile, percorso emergenza e servizio di ricovero ospedaliero ordinario) è stato previsto un periodo di reclutamento variabile da 3 a 15 settimane, nel corso delle quali tutti i pazienti che usufruivano dell'assistenza ricevevano dal personale della struttura sanitaria un foglio informativo predisposto dal Dipartimento di salute della Regione Toscana e dall'Azienda che ha erogato il servizio di assistenza. Nel testo erano presentati i contenuti e gli obiettivi dell'indagine campionaria ed erano spiegati al cittadino i suoi diritti in materia di riservatezza dei dati e le modalità adottate nel trattamento dei dati al fine di assicurarne l'anonimato e il rispetto dei

³ Esempio: *Totalmente soddisfacente, Molto Soddisfacente, Parzialmente Soddisfacente, Poco soddisfacente e Per nulla soddisfacente.*

⁴ Esempio: *Sempre, Qualche volta, Mai.*

⁵ Cfr. Appendice D





principi di correttezza, liceità e trasparenza, così come previsto dal decreto legislativo 196/2003. I pazienti non interessati all'iniziativa, potevano manifestare il desiderio a non essere contattati, compilando il modulo in allegato al foglio informativo.

Al termine del periodo di reclutamento, le Aziende sanitarie hanno compilato una lista campionaria da cui i ricercatori del Laboratorio MeS hanno estratto il campione dei pazienti da contattare.

Ad eccezione dell'indagine qualitativa relativa al percorso oncologico, condotta secondo la tecnica del focus group, le altre indagini (quantitative) sono state realizzate con metodologia C.A.T.I. (*Computer Assisted Telephone Interviewing*).

2. La metodologia C.A.T.I. (*Annalisa Brambini*)

Con il termine «indagine campionaria» si intende la modalità di rilevazione delle informazioni attraverso interviste a individui appartenenti ad un campione rappresentativo di un universo cui l'indagine è rivolta, mediante una procedura standardizzata di interrogazione, e con lo scopo di studiare le relazioni esistenti tra le variabili oggetto della ricerca.

L'idea di trarre informazioni richiedendole agli stessi soggetti studiati è stata applicata fin dalla fine del XIX secolo, quando molti esempi di questo tipo di indagine fiorirono in Francia e Prussia. A cavallo tra XIX e XX secolo potremmo poi citare le grandi inchieste che sulla spinta della riforma sociale vennero condotte soprattutto in Inghilterra, allo scopo di raccogliere informazioni sulle condizioni di vita dei poveri, degli operai, degli emarginati. Questi primi studi muovevano dal presupposto che fin quando la natura e l'estensione di questi problemi non fosse stata misurata, ben poco si sarebbe potuto fare per affrontarli. Motivazione, questa, che sostanzialmente costituisce anche la base delle indagini moderne.

Va tuttavia sottolineato che il vero salto di qualità nel campo delle tecniche di indagine si realizzò con l'affermarsi





del concetto di «rappresentatività» e con l'introduzione delle procedure di campionamento. Questo principio, sistematizzato teoricamente negli scritti dello statistico polacco Jerzy Neyman verso la metà degli anni '30, si affermò rapidamente aprendo la strada allo straordinario successo della tecnica di indagine campionaria.

A seguito di una serie di fattori concomitanti, come l'uso del telefono ed il diffondersi dei personal computer, a partire dagli anni '80 si è verificato un vero e proprio boom delle interviste telefoniche, che hanno permesso di trattare ampie masse di dati in tempi rapidissimi e senza passaggi intermedi, con una drastica riduzione dei costi di intervista – da sempre uno dei principali ostacoli alla diffusione dell'indagine campionaria [Corbetta 1999].

Questi sono, a grandi linee, i passaggi chiave che hanno condotto all'odierna *Computer Assisted Telephone Interviewing* (C.A.T.I.), ovvero una metodologia di indagine quantitativa (i cui dati sono analizzabili statisticamente) in cui l'intervista telefonica viene svolta con il supporto del personal computer, sostituendo quasi completamente l'intervista faccia a faccia delle indagini condotte su larga scala.

Utilizzata principalmente nell'ambito della ricerca sociale, la metodologia C.A.T.I. si è oggi diffusa come strumento di rilevazione frequente anche in ambito sanitario.

2.1. Le fasi che compongono l'indagine telefonica e la metodologia

Le indagini svolte dal Laboratorio MeS secondo la metodologia C.A.T.I. si compongono di diverse fasi, che precedono la rilevazione dei dati vera e propria: lo studio esplorativo dell'oggetto di indagine, il campionamento, la stesura e informatizzazione del questionario, il collaudo del questionario (indagine pilota), la preparazione degli intervistatori, la rilevazione dei questionari e la supervisione, la codifica, registrazione e normalizzazione dei dati acquisiti, l'elaborazione ed interpretazione dei risultati.





Lo studio esplorativo

È quasi banale affermare che il ricercatore, per poter formulare le domande adeguate e far sì che il questionario fornisca uno strumento efficace per la rilevazione dei dati necessari all'indagine, debba conoscere il fenomeno oggetto dello studio nelle sue diverse articolazioni e sfumature. Questo è particolarmente vero per il questionario standardizzato, che, essendo composto da domande chiuse, esige da parte del ricercatore non solo la conoscenza delle questioni e dei possibili interrogativi da porre all'intervistato, ma anche delle possibili opzioni di risposta. Lo studio del contesto, fase fondamentale per il buon esito dell'indagine, può essere condotto utilizzando tecniche diverse, che vanno dallo studio della letteratura esistente sull'argomento all'uso di strumenti di rilevazione tipicamente qualitativi (ad esempio: interviste libere ad osservatori privilegiati, focus group con esponenti stessi della popolazione da studiare).

Il campionamento

Poiché normalmente la popolazione oggetto di studio è rappresentata da un insieme numeroso di soggetti, interrogarli tutti può essere troppo oneroso in termini finanziari e temporali. Si impone allora la scelta di un «campione» sul quale raccogliere le informazioni.

Come abbiamo già accennato nella premessa, il campione deve essere necessariamente rappresentativo, ossia in grado di riprodurre – seppur su scala ridotta – le caratteristiche significative per l'indagine dell'intera popolazione oggetto dello studio, così da rendere possibile la generalizzazione dei risultati ottenuti sul campione all'intera popolazione.

L'intervista telefonica avviene attraverso una procedura standardizzata: a tutti i soggetti campionati (che sono stati scelti seguendo regole ben precise stabilite dalla statistica) vengono poste le stesse domande con la stessa formulazione, e ogni domanda offre più alternative prestabilite. La standardizzazione del questionario, sia delle domande che delle risposte, rappresenta un elemento fondamentale dello





studio, perché è finalizzato a garantire la confrontabilità tra le risposte e la possibilità di analizzarle statisticamente.

La stesura e l'informatizzazione del questionario

Dopo la fase esplorativa preliminare, si procede alla stesura del questionario. Elaborare un questionario C.A.T.I. è un processo complesso che deve rispondere a regole di statistica che ne assicurano la scientificità (per le specifiche modalità statistiche necessarie per considerare un questionario scientificamente «valido» si rimanda ai paragrafi successivi). Una volta definito, il questionario viene informatizzato tramite un software specifico, in modo da renderlo utilizzabile per l'applicazione della metodologia C.A.T.I. L'utilizzo del sistema C.A.T.I. garantisce l'affidabilità dei risultati e la rapidità dei tempi di elaborazione, grazie al salvataggio automatico delle risposte su supporto informatico e alla possibilità di verifiche automatiche.

Il collaudo del questionario

Una volta che il questionario è pronto in una versione pressoché definitiva, si apre la fase di collaudo, con quello che viene chiamato il pre-test.

Occorre ricordare che una delle caratteristiche del questionario standardizzato è la sua rigidità. Una volta informatizzato, a rilevazione ormai iniziata, ogni cambiamento comporterebbe la perdita delle interviste già fatte. Accorgersi delle necessità di modifica prima dell'inizio della rilevazione vera e propria è quindi di fondamentale importanza. Al fine di verificare la «tenuta» del questionario, ossia la sua somministrabilità (durata, comprensione e sequenzialità delle domande) si prevede sempre una sorta di «prova generale» che ha tutte le caratteristiche della rilevazione finale. Secondo Sheatsley [1983] «non c'è bisogno di più di 15-25 casi per rendersi conto dei punti deboli del questionario»; Sheatsley suggerisce di assegnare le interviste di prova a più intervistatori, affidando a ciascuno almeno 3 interviste, e di fare successivamente una riunione collettiva sull'esito delle





prove. Se il test pilota dà risultati soddisfacenti, si procede con l'indagine vera e propria, altrimenti si interviene con le opportune modifiche. Se l'esito di queste modifiche fosse un questionario ampiamente rimaneggiato rispetto a quello iniziale, questo dovrà essere di nuovo «collaudato».

Fra gli obiettivi dell'indagine pilota c'è anche quello di determinare la durata dell'intervista. In Chiaro [1996] si dice che l'intervista «non dovrebbe eccedere i 15'; tale limite può raggiungere i 25', a discapito però della qualità dei dati rilevati».

La preparazione degli intervistatori e il loro ruolo

Di importanza decisiva per una corretta rilevazione delle informazioni è la formazione degli intervistatori, nonché la presenza di una supervisione lungo tutto il corso della rilevazione. Si tratta qui di fornire spiegazioni dettagliate dei fini della ricerca e del senso implicito ed esplicito delle singole domande, così da fornire agli intervistatori l'orizzonte cognitivo della rilevazione. Ciò si rende necessario per consentire agli intervistatori di riconoscere gli errori di comprensione da parte dell'intervistato ed impedire così gravi errori extracampionari, vale a dire errori diversi dalla specifica tecnica di costruzione del campione⁶.

In letteratura gli intervistatori vengono definiti dei veri e propri professionisti il cui livello culturale deve essere adatto al compito che sono chiamati a svolgere, oltre ad avere certe caratteristiche individuali e di personalità che permettono loro di stabilire corretti rapporti interpersonali.

Basti pensare, ad esempio, a quanto sia importante il ruolo che gli intervistatori giocano nella determinazione del livello di mancata risposta. La stessa indagine, ripetuta con intervistatori differenti, infatti, può registrare un tasso

⁶ I dati rilevati, infatti, possono essere fuorvianti, sia perché il campione non è rappresentativo dell'universo a cui i dati vengono rapportati (errori campionari), sia perché le risposte fornite sono fondate su un errore di comprensione che l'intervistatore non ha saputo riconoscere (errori extracampionari).





diverso di non risposta: la capacità di persuadere l'utente a partecipare al questionario, la pazienza nel somministrarlo a soggetti con difficoltà di comprensione, variano tra gli intervistatori; la stessa indagine, ripetuta da intervistatori diversi su gruppi omogenei di persone, può registrare tassi di non risposta più o meno alti, non dipendenti solo dal caso.

La Regione Toscana, che in questi anni si è occupata di condurre indagini telefoniche ai pazienti tramite l'ausilio del computer, è sempre stata molto attenta alla scelta degli intervistatori, in modo tale da garantire la qualità dei risultati raggiunti.

Questo spirito è rimasto integro con il passaggio di consegne che la Regione Toscana ha effettuato attribuendo l'incarico al Laboratorio MeS, dove a partire da ottobre 2006, è iniziata un'attività di rilevazione della soddisfazione dei pazienti relativamente alle diverse tipologie di servizi sanitari offerti dalla Regione Toscana con metodologia C.A.T.I. Gli operatori impiegati in tale attività, infatti, sono giovani che hanno maturato precedenti esperienze presso call center di livello nazionale.

Prima di ciascuna indagine, vista la delicatezza degli argomenti trattati, tutti i rilevatori, insieme al gruppo di ricercatori, hanno partecipato ad un briefing nel quale sono stati trattati i seguenti punti:

- presentazione della ricerca (committente, natura e scopi del programma di ricerca);
- illustrazione del disegno della ricerca (campionamento, individuazione dei nominativi, profilo degli intervistati);
- analisi del questionario e delle sue domande più critiche, mediante una visione del questionario elettronico su carta;
- ruolo dell'intervistatore, con particolare riferimento alla lettura esatta del testo della domanda senza aggiunte ed evitando enfasi nel tono di conversazione durante la lettura delle domande ed astenendosi dal fare qualsiasi commento alle risposte, mantenendo l'assoluta imparzialità nel caso in cui gli venga richiesta una opinione





in merito all'argomento trattato da parte del soggetto intervistato;

- visione del questionario elettronico sul computer.

Al termine della formazione ha avuto inizio la prima sessione di interviste di collaudo del questionario.

Attraverso questa fase di preparazione si sono voluti individuare tutti i possibili problemi che sarebbero potuti sorgere nel corso della somministrazione, allo scopo di garantire una linea di condotta comune.

La rilevazione dei questionari e la supervisione

Come accennato nella premessa al presente capitolo, la metodologia C.A.T.I. permette la somministrazione dei questionari telefonici – anche molto complessi – ad una certa popolazione (contatti) sulla base di determinati vincoli (quote), esclusivamente attraverso il computer, che assiste l'intervistatore telefonico nella gestione dell'intervista. I quesiti compaiono sul video in una successione programmata e regolata da filtri e controlli automatici di coerenza tra le risposte fornite dall'intervistato, e la risposta viene immediatamente codificata sul video ed immessa in memoria in tempo reale.

Nello specifico, il Centro C.A.T.I. del Laboratorio MeS è attualmente costituito da 7 intervistatori telefonici, un coordinatore ed un responsabile, ed è dotato di 10 postazioni di lavoro, ognuna delle quali dispone di un telefono e di un computer su cui è installato il software che realizza le funzionalità C.A.T.I.⁷ Il Centro lavora ininterrottamente per 9 ore al giorno, cinque giorni alla settimana. La rilevazione vera e propria avviene con la costante supervisione del coordinatore e del responsabile, in grado di rendersi conto della necessità di fornire eventuali ulteriori spiegazioni agli intervistatori. Inoltre, la struttura tecnica (i computer collegati in rete ed il software)

⁷ Nello specifico si ringraziano gli attuali componenti del gruppo di lavoro: dott.ssa Claudia Bassani (coordinatore), Elisa Bassani, Gabriella Brogna, Serena Moscatelli, Maria Cristina Rizzo, Matilde Schiasselloni, Giuseppina Solari, Letizia Venturi (intervistatori).



garantisce, nello svolgimento delle indagini telefoniche, un livello di qualità aggiuntivo.

2.2. *Il software*

Per svolgere questo tipo di rilevazione dati, il Laboratorio MeS si avvale dell'ausilio di IdMonitor, software professionale che consente di svolgere indagini e ricerche di mercato via *telefono* (C.A.T.I.), via *web* (C.A.W.I.), *face to face* (C.A.P.I.) o *miste* (Fusion).

IdMonitor è utilizzato dal Consorzio Interuniversitario Alma-laurea di Bologna, dalle Province di Bologna e di Trento, dalla Camera di Commercio di Milano e da tante altre aziende che svolgono attività di sondaggi di opinione, interviste telefoniche, telemarketing, call center ed altro.

IdMonitor prevede anche funzionalità per l'elaborazione automatica dei dati e la creazione degli incroci con variabili socio-demografiche in tempo reale. Consente una maggiore rapidità nella somministrazione dell'intervista (grazie all'utilizzo di Microsoft SQL Server e della tecnologia ASP.NET che opera su Internet Explorer), una migliore gestione della strutturazione ed amministrazione del questionario, una maggiore facilità nella compilazione delle risposte da parte del rilevatore e l'elaborazione automatica dei dati in tempo reale anche da postazione remota.

Ogni intervistatore accede alla propria interfaccia C.A.T.I. grazie ad una login ad una password individuali. Ciò consente l'accesso al sistema solo alle persone autorizzate e il monitoraggio dell'attività dei telefonisti.

Il software seleziona le persone da intervistare da una lista dei contatti campionati, sulla base dei criteri stabiliti per quella determinata indagine, operazione che si ripete fino al raggiungimento della quota fissata in termini di interviste completate. Sulla schermata del computer compaiono le informazioni del contatto in linea in quel momento e il testo di presentazione dell'indagine, che spiega chiaramente ed in tempo breve lo scopo dell'indagine, l'ente che la organizza e l'ottemperanza alle norme sulla tutela della privacy. Se la persona accetta di



partecipare al sondaggio, l'intervistatore seleziona sullo schermo la voce «partecipa al sondaggio» e sul monitor appare la prima domanda del questionario.

Nei casi in cui la persona decide di non partecipare all'indagine, non risponde al telefono, la linea cade durante l'intervista o il numero risulta inesistente, il sistema estrae un nuovo contatto.

Nel caso in cui la persona contattata chiede di essere intervistata in un momento diverso, si fissa un appuntamento: sul monitor compare un calendario ed il contatto verrà selezionato nuovamente dal sistema nel giorno e nell'ora stabiliti.

2.3. I vantaggi e svantaggi delle interviste telefoniche con metodologia C.A.T.I.

I vantaggi delle interviste telefoniche attraverso la metodologia C.A.T.I. possono essere riassunti nei seguenti punti:

- garantisce un aumento della qualità del dato acquisito, determinata sia da un'intervista completamente guidata che impedisce all'intervistatore di fare errori nella somministrazione delle domande, sia dalla possibilità di effettuare immediati controlli sul lavoro svolto dagli intervistatori;
- comporta una riduzione dei tempi di realizzazione delle interviste, sia perché la gestione dei richiami telefonici è gestita in modo più organizzato e sistematico – essendo guidata anch'essa dal software – sia perché la fase di inserimento dati è immediata. Le risposte, infatti, non vengono prima scritte su supporto cartaceo o di altro tipo e poi, a fine indagine, inserite in una maschera informatica per l'elaborazione. Esse sono disponibili per l'elaborazione nel momento stesso in cui terminano le interviste, senza ulteriori azioni. In questo modo si elimina anche la possibilità di errori di trascrizione o di inserimento dati, che esiste invece con la somministrazione cartacea del questionario telefonico.
- comporta costi molto inferiori rispetto all'intervista





faccia a faccia: le stime in proposito vanno dal 50 al 75% di risparmio [Groves 1989, pp. 526-539; Kleca e Tuchfarber 1978];

- permette di raggiungere, a parità di costo (in Italia il costo della telefonata, al di sopra di 60 km, è uguale per tutte le distanze) anche gli intervistati collocati nelle periferie e quindi non richiede, come avviene nelle interviste faccia a faccia, una concentrazione territoriale del campione nelle aree più facilmente accessibili agli intervistatori [Corbetta 1999];
- garantisce un tasso di risposta all'indagine di gran lunga superiore a quello che è possibile ottenere attraverso l'invio di questionari cartacei a domicilio;
- presenta minori resistenze alla concessione dell'intervista: il telefono entra nelle abitazioni, permettendo di raggiungere una quota di intervistati che per diffidenza non lascerebbero mai entrare in casa un estraneo;
- facilita enormemente il lavoro di preparazione dei telefonisti e la loro supervisione, il monitoraggio continuo e il campionamento delle interviste, le mancate risposte, i tentativi effettuati, i rifiuti ricevuti etc.

Di contro, gli «svantaggi» in cui si può incorrere svolgendo un'indagine tramite interviste telefoniche possono essere rappresentati da:

- il ruolo fondamentale del rilevatore/intervistatore (fenomeno della mancata risposta cui abbiamo accennato nel paragrafo precedente);
- difficoltà nel cogliere i segnali non verbali dell'intervistato.

Alla luce di queste considerazioni e dell'esperienza maturata in questo campo dal centro C.A.T.I. del Laboratorio MeS, possiamo facilmente concludere che le rilevazioni effettuate attraverso questa metodologia hanno portato risultati significativi. Tramite l'ascolto del paziente/cittadino e grazie alla rapidità dei tempi di rilevazione, alla correttezza dei dati raccolti ed all'immediata fruibilità degli stessi per l'elaborazione e restituzione dei risultati, è stato possibile





offrire un servizio utile alla comunità, un servizio volto al miglioramento della qualità dei servizi sanitari offerti dal sistema.

3. *Il processo di valutazione (Anna Maria Murante, Milena Vainieri)*

Gli indicatori della *Valutazione esterna* misurano la performance delle aziende sanitarie partendo dalle esperienze e dal livello di soddisfazione degli utenti che partecipano alle indagini statistiche condotte dai ricercatori del Laboratorio MeS.

Come per gli altri indicatori del Sistema di valutazione, la performance aziendale è espressa con punteggi che vanno da 0 a 5, dove 0 individua una performance scarsa e 5 una performance ottima.

Gli indicatori D2 – D6, D8, D10-D14 offrono una valutazione dei servizi territoriali, di emergenza e di ricovero ospedaliero ordinario partendo dai risultati di indagini campionarie quantitative rivolte agli utenti.

Ciascun indicatore è stato calcolato partendo dalle risposte ottenute da alcune delle domande presenti nei questionari utilizzati per la rilevazione.

Il metodo utilizzato per l'attribuzione dei punteggi è uno sviluppo della tecnica adottata in Ontario dal CIHI per valutare la performance del servizio ospedaliero [CIHI, 2001].

Nel modello canadese la valutazione della performance degli ospedali scaturisce dal confronto delle singole performance con la media provinciale, dove la performance è calcolata attribuendo a ciascuna modalità della scala di rilevazione un valore compreso tra 0 e 100 e tenendo conto per ciascuna variabile della media e degli intervalli di confidenza al 95esimo e 99esimo percentile. La performance è infatti data dal posizionamento dell'intervallo di confidenza rispetto alla media di tutti gli ospedali, come mostra la figura seguente.



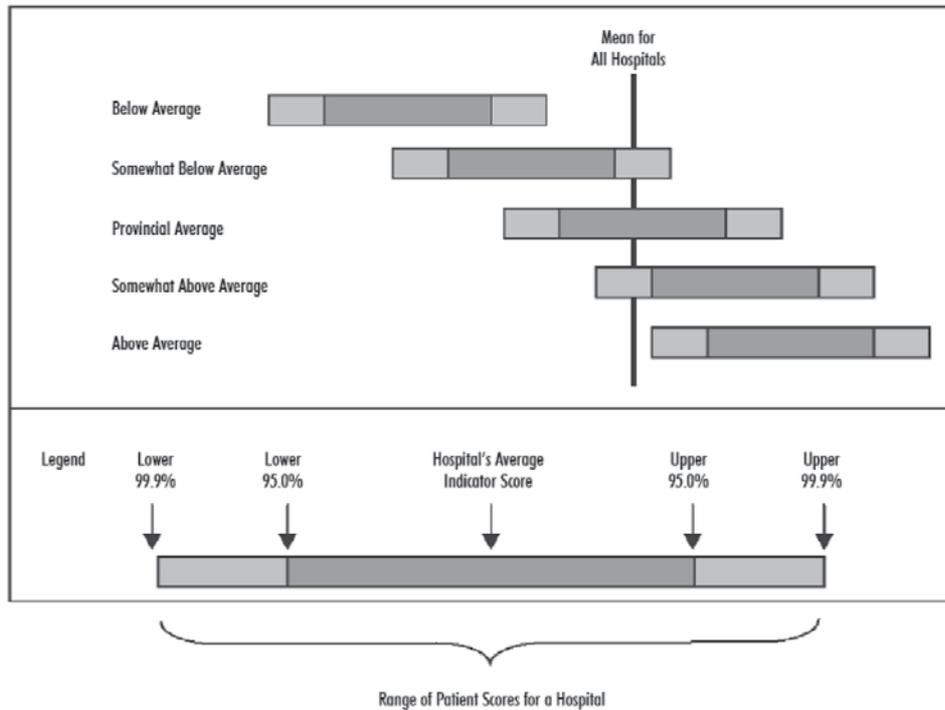


FIG. 3. Metodo utilizzato dal CIHI per la valutazione della performance del servizio ospedaliero in Ontario.
Fonte: CIHI, Hospital Report 2002, pag 58.

Ad esempio, se l'intervallo di confidenza al 99% di una variabile si posiziona sopra la media globale, la performance dell'ospedale relativamente a quella variabile è considerata «sopra la media».

Secondo la logica del benchmarking, la media globale costituisce il parametro di riferimento nell'assegnazione della valutazione, e agli ospedali con performance sotto la media è chiesto di aumentare il livello di soddisfazione dei propri pazienti. L'intervallo di confidenza costituisce uno strumento di lettura dei margini di intervento possibili: minore è l'ampiezza dell'intervallo di confidenza, più i giudizi sono unanimi, mentre più ampio è l'intervallo di confidenza e più variabile è il livello di soddisfazione dichiarato dai pazienti.

A differenza dell'Ontario, la performance delle Aziende sanitarie toscane è calcolata sulla base della media e non sulla base del posizionamento dell'intervallo di confidenza rispetto alla media globale. Gli intervalli di confidenza (al 90esimo e 99esimo percentile) sono comunque calcolati e forniti alle





aziende per dare maggiore informazione al management sulla variabilità della distribuzione delle risposte degli utenti.

Nel Sistema di valutazione delle aziende sanitarie toscane la valutazione della qualità percepita dall'utente si riferisce alle valutazioni «assolute» espresse dagli utenti e non alle valutazioni relative, evitando di attribuire una performance scarsa o molto scarsa anche in presenza di un'elevata percentuale (> 80%) di utenti totalmente e molto soddisfatti.

Come nel modello canadese, gli indicatori della *Valutazione esterna* del Sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane, costruiti sulla base dell'esperienza dei cittadini, sono la sintesi di sub-indicatori i cui punteggi sono attribuiti tenendo conto delle risposte date a specifiche domande poste ai pazienti.

Ciascun indicatore è dunque strutturato come un albero gerarchico, la cui testa sintetizza la performance aziendale con un punteggio che varia da 0 a 5 e i cui rami individuano le variabili che l'hanno determinata. In alcuni casi il valore assegnato agli indicatori è la media dei punteggi assegnati ai sub-indicatori*, in altri casi invece il punteggio è calcolato direttamente sulla base delle risposte date dagli utenti al quesito di valutazione complessiva del servizio (ad esempio «Come valuta complessivamente il servizio offerto dal suo medico di famiglia?») e i punteggi assegnati ai sub-indicatori offrono al management aziendale un'informazione aggiuntiva relativamente ad aspetti più specifici del servizio**.

L'attribuzione dei punteggi si ottiene assegnando alle singole modalità di risposta un valore (compreso tra 0 e 100): il valore medio calcolato per ciascuna Azienda, riportato in quinti, costituisce il punteggio dell'indicatore.

Per le domande che indagano il livello di soddisfazione degli utenti intervistati si ricorre ad una scala di misurazione a 5 risposte: ad esempio, *Totalmente*, *Molto*, *Parzialmente*, *Poco* e *Per nulla soddisfatto*. A ciascuna modalità vengono assegnati i seguenti valori:

* Ad esempio, il DM, D2, ecc.

** Ad esempio, il D2, D3 e D4.





MODALITÀ	VALORI
Totalmente soddisfatto	→ 100
Molto soddisfatto	→ 75
Parzialmente soddisfatto	→ 50
Poco soddisfatto	→ 25
Per nulla soddisfatto	→ 0

Se, ad esempio, alla domanda «Come valuta complessivamente l'assistenza ricevuta?» gli intervistati hanno risposto nel seguente modo:

MODALITÀ	% di risposta
Totalmente soddisfatto	→ 21,5
Molto soddisfatto	→ 58,5
Parzialmente soddisfatto	→ 12,2
Poco soddisfatto	→ 5,5
Per nulla soddisfatto	→ 2,3

il valore medio sarà 72,85, da cui si ottiene un punteggio in quinti pari a 3,64 (performance buona).

Nel caso di scale di tipo *reporting* con modalità di risposta *Sì sempre, Qualche volta e Mai*, i valori assegnati a ciascuna modalità sono:

MODALITÀ	VALORI
Sì, sempre	→ 100
Qualche volta	→ 50
Mai	→ 0

Se, dunque, alla domanda «Si è sentito coinvolto dalle decisioni relative alle cure e ai trattamenti che la riguardavano?» i pazienti hanno risposto:

MODALITÀ	% di risposta
Sì, sempre	→ 79,2
Qualche volta	→ 17,3
Mai	→ 3,5

il punteggio assegnato sarà 4,39 (performance ottima), perché il valore medio ottenuto è 87,85.



L'indicatore D9, che valuta la percentuale di abbandoni al Pronto Soccorso prima della visita medica, è calcolato utilizzando dati aziendali relativi al numero di pazienti che abbandonano la sala d'attesa del Pronto Soccorso prima di essere visitati da un medico e al totale degli accessi registrati nel periodo di osservazione.

La valutazione è assegnata confrontando il tasso di ciascuna Azienda con la media interaziendale: la performance delle Aziende con un tasso superiore a quello assegnato a livello regionale sarà considerata ottima o buona, quella delle Aziende in linea con il dato regionale sarà media, mentre si considererà scarsa e molto scarsa la performance delle Aziende con un tasso di abbandono inferiore a quello medio interaziendale.

L'indicatore D10 offre una rilettura dei risultati del Pronto Soccorso ponendo l'attenzione del management aziendale sugli utenti che dichiarano di essere poco e per nulla soddisfatti dell'assistenza ricevuta e del servizio offerto.

In tal caso la performance dell'Azienda è definita in funzione dei soli insoddisfatti ed è ottima se gli utenti poco o per nulla soddisfatti non superano il 2% del campione, mentre è molto scarsa se si registrano percentuali superiori all'8% (vedi figura).

Percentuale di utenti insoddisfatti	Fascia	Performance
0% - 2%	da 4 a 5	ottima
2% - 4%	da 3 a 4	buona
4% - 6%	da 2 a 3	media
6% - 8%	da 1 a 2	scarsa
> 8%	da 0 a 1	molto scarsa

FIG. 4. Fasce di valutazione per percentuale di insoddisfatti, indicatore D9

Gli indicatori D1 e D7 sono presentati nel sistema come *valutazioni ad hoc* perché calcolati partendo dai risultati di indagini qualitative (focus group) condotte tra alcuni pazienti



oncologici assistiti nelle aziende sanitarie toscane. Questi indicatori compaiono nel bersaglio accompagnati da un campanello che segnala appunto che si tratta di valutazioni non rappresentative statisticamente della popolazione dei pazienti oncologici assistiti in Toscana, in quanto si riferiscono solo a poche unità di intervistati; tuttavia sono in grado di offrire informazioni fondate sull'esperienza diretta dei pazienti, da cui partire per la definizione dei processi di miglioramento del servizio.

Entrambe le valutazioni sono espresse con punteggi che vanno da 0 a 5, a seconda che gli aspetti del servizio siano stati riconosciuti dai pazienti rispettivamente come criticità o punti di forza dell'assistenza ricevuta. La metodologia adottata per la costruzioni degli indicatori e per l'assegnazione delle valutazioni sarà affrontata nel paragrafo 6.8, a cui rimandiamo.

4. *La valutazione esterna del Percorso materno infantile* (Milena Vainieri, Anna Maria Murante)

Nell'ultimo decennio il percorso nascita è stato oggetto di analisi ed iniziative internazionali [WHO 1996] e nazionali, come il Progetto Obiettivo Materno Infantile – POMI (DM 24 aprile 2000).

Il PSN 1998-2000 attribuiva al percorso materno infantile una valenza strategica. Tale valenza è ribadita nei piani sanitari regionali della Toscana dal 1999 ad oggi.

Nel 2001, nell'ambito del POMI, l'Istituto Superiore di Sanità ha promosso un'indagine conoscitiva sul percorso materno infantile, e ad essa hanno aderito diverse regioni fra cui la Toscana [Donati *et al.* 1999; Donati *et al.* 2001].

I risultati di questa indagine nazionale hanno avviato processi di miglioramento e riorientamento del servizio materno infantile [Dubbini *et al.* 2003, Casotto *et al.* 2005]. Partendo da questa esperienza nazionale e dal confronto con altre esperienze internazionali, nel 2004 il Laboratorio MeS, in collaborazione con il Settore Sistema Statistico della Regione Toscana, ha avviato la rilevazione del livello





di soddisfazione delle utenti dei percorsi nascita toscani utilizzando il questionario proposto dall'ISS, riadattandolo al contesto regionale con l'introduzione di domande volte a verificare il perseguimento di specifiche strategie e domande di soddisfazione sull'assistenza ricevuta. L'indagine è stata ripetuta nel 2007⁸.

L'obiettivo dell'indagine è duplice: valutare il livello di soddisfazione delle utenti e valutare la capacità delle Aziende sanitarie di perseguire gli obiettivi regionali in materia di assistenza al puerperio.

Per poter valutare i percorsi nascita delle Aziende sanitarie toscane partendo dal livello di soddisfazione delle utenti, è stato ricostruito per ciascuna Azienda l'intero processo di erogazione del servizio (dalla fase del pre parto alla fase del post parto). In quest'ottica sono state reclutate le donne che hanno partorito in uno dei punti nascita dell'Azienda di residenza, assumendo che queste abbiano usufruito dei servizi di pre e post parto nel territorio in cui risiedono, effettuando così l'intero percorso in un'unica Azienda. Il momento del parto rappresenta il momento di sicuro contatto fra l'Azienda e la donna, ed è proprio in questa fase che è stato realizzato il reclutamento delle donne che potevano partecipare all'intervista. Questo momento delicato, di primo contatto, ha coinvolto il personale operante nell'area materno infantile dei punti nascita toscani ed è grazie alla sua collaborazione che è stato possibile effettuare le interviste in tutte le Aziende della Toscana.

I risultati della rilevazione sono raccolti in un report che contiene analisi dettagliate per Azienda sanitaria e per singolo punto nascita, con lo scopo di ottenere una migliore comprensione dei dati ed una più facile individuazione degli ambiti di miglioramento.

Grazie alla ricchezza di informazioni rilevate nel corso

⁸ Nel 2004, anno di sperimentazione del Sistema di valutazione delle performance, sono state intervistate le utenti del percorso nascita delle aziende AUSL 3 Pistoia, AUSL 5 Pisa, AUSL 8 Arezzo e AOUN; nel 2005 l'indagine è stata estesa alle restanti aziende territoriali della Toscana (AUSL 1 Massa Carrara, AUSL 2 Lucca, AUSL 4 Prato, AUSL 6 Livorno, AUSL 7 Siena, AUSL 9 Grosseto, AUSL 10 Firenze, AUSL 11 Empoli ed AUSL 12 Viareggio) e nel 2007 alle Aziende Ospedaliere universitarie.





dell'indagine telefonica e alla disponibilità di indicatori sanitari – presenti nelle altre dimensioni del bersaglio – dedicati all'assistenza offerta dai punti nascita (es. C7), sin dal 2005 è stato possibile creare un bersaglio interamente dedicato alla valutazione del Percorso materno infantile, offrendo ulteriori occasioni di dibattito e riflessione tra gli operatori sanitari, sia a livello regionale che aziendale, coinvolgendo tutto il personale che lavora nei punti nascita toscani.

4.1. *Il campionamento (Fabio Ferretti)*

Sebbene la popolazione obiettivo possa essere identificata nella popolazione delle donne residenti in Toscana che hanno partorito nel 2007 in una struttura delle Aziende sanitarie territoriali e ospedaliere della Regione, da un punto di vista strettamente statistico e campionario la popolazione di riferimento è definita dalle donne che hanno partorito in un dato periodo dell'anno (nel 2007 il periodo andava da marzo a giugno).

In questo arco di tempo a tutte le donne che hanno partorito presso una struttura del Servizio sanitario toscano è stata distribuita un'informativa, a garanzia del rispetto del Decreto Legislativo 196/2003, con la quale sono state fornite le informazioni principali sull'iniziativa ed è stata richiesta la disponibilità a partecipare alla rilevazione dei dati, che sarebbe avvenuta in un momento successivo alla dimissione dal reparto.

Al termine del periodo di reclutamento è stata definita la lista campionaria delle partorienti contattabili, costituita dalle donne che non avevano espresso la loro indisponibilità a partecipare all'indagine. Da tale lista sono state escluse anche quelle donne che avrebbero avuto difficoltà a partecipare alla rilevazione per problemi di carattere linguistico o a causa del decesso del neonato. La lista campionaria così definita nel 2007 è stata composta da 6.772 donne, a fronte di 7.000 donne che hanno partorito nelle strutture sanitarie toscane nel periodo di osservazione.

Sulla base della lista campionaria è stato progettato un



piano di campionamento il cui scopo era quello di restituire stime con significatività aziendale. Al fine di ottimizzare la rappresentatività del campione rispetto alla popolazione di riferimento sono stati adottati specifici accorgimenti.

	Numerosità della popolazione	Numerosità della lista di campionamento	Numerosità del campione
AUSL 1	365	365	187
AUSL 2	344	341	181
AUSL 3	483	460	209
AUSL 4	707	635	249
AUSL 5	365	362	186
AUSL 6	399	398	196
AUSL 7	379	348	191
AUSL 8	672	605	244
AUSL 9	295	246	150
AUSL 10	1.148	1.113	288
AUSL 11	369	332	188
AUSL 12	393	393	194
AOUC	775	519	257
AOUP	553	431	227
AOUS	236	224	141
TOTALE	7.483	6.772	3.088

FIG. 5. Popolazione, lista campionaria e campione relativi all'indagine di soddisfazione delle utenti del percorso nascita. Anno 2007.

È stata scelta una tecnica di campionamento stratificata sulla base di due criteri: l'*Azienda sanitaria* presso la quale la donna ha partorito ed il *punto nascita* che ha offerto l'assistenza. La numerosità campionaria è stata definita sulla base dei parti registrati nelle singole Aziende, e tale numerosità campionaria è stata distribuita in modo proporzionale rispetto al volume dei parti realizzati nei singoli punti nascita.



La precisione delle stime è direttamente riferibile alla definizione della numerosità campionaria assegnata ad ogni strato (come detto sopra, stiamo facendo riferimento alla stratificazione rispetto al primo criterio – classificazione delle donne partorienti rispetto all’Azienda sanitaria). Per l’assegnazione di tale numerosità campionaria è stata utilizzata la formula relativa alla stima di proporzioni (percentuali), adottando quali parametri di riferimento un livello di errore delle stime pari al 5% con un livello di significatività del 95%.

La figura 5 riporta il numero di accessi per parto registrato nelle strutture sanitarie oggetto dell’indagine, la numerosità della lista campionaria nei singoli strati costituiti dalle Aziende sanitarie e la numerosità campionaria assegnata ad ogni strato.

4.2. *Il questionario (Milena Vainieri, Anna Maria Murante)*

Il questionario somministrato con sistema C.A.T.I. è costituito da un corpo centrale di 86 domande chiuse e precodificate. La presenza di domande filtro ha permesso alle intervistate di rispondere alle sole domande riconducibili alla propria esperienza (ad esempio, alle donne che hanno partorito con cesareo programmato non sono state fatte domande sull’assistenza ricevuta durante il travaglio).

Nelle varie edizioni il questionario è stato modificato per consentire la rilevazione di informazioni considerate di volta in volta strategiche nella gestione del servizio: nel 2005 sono state aggiunte alcune domande relative all’assistenza post parto (ad es. la depressione post partum); nel 2007 sono state introdotte alcune domande specifiche sull’allattamento al seno, tenuto conto dei nuovi orientamenti dell’OMS.

Il questionario è strutturato in cinque sezioni:

1. Storia Ostetrica ed Anagrafica (14 items): informazioni generali sul parto (data, ora, numero gravidanze, peso del bambino, ecc.);
2. Pre-Parto (22 items): corso di preparazione alla nascita e





- informazioni ricevute, persona di riferimento nella fase del pre parto, consegna del libretto regionale di guida alla gravidanza, ecc.;
3. Parto (30 items): competenza e cortesia del personale sanitario, comunicazione sanitaria e allattamento, umanizzazione del percorso (es. rooming in e possibilità di effettuare l'epidurale) e comfort;
 4. Post-Parto (15 items): informazioni sui servizi a cui hanno avuto accesso le donne dopo la dimissione;
 5. Domande generali sulla soddisfazione complessiva relativa all'intero percorso (5 items).

4.3. *Indicatori, determinanti ed esemplificazioni* (Milena Vainieri, Anna Maria Murante)

All'interno del Sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane sono due gli indicatori che prendono in considerazione l'esperienza delle donne assistite nei punti nascita toscani: si tratta del B9.1-*Equità ed accesso nel Percorso materno infantile* e del B13-*Continuità assistenziale nel Percorso materno infantile*⁹. Questi indicatori, costruiti per monitorare il perseguimento di specifiche strategie regionali, sono stati dunque inseriti nella dimensione B dedicata al perseguimento delle strategie originali.

Tuttavia, al fine di dotare tutti gli operatori sanitari del percorso, dal consultorio all'ospedale, ma anche il management aziendale, di uno strumento utile per una valutazione complessiva dei servizi erogati e per l'individuazione delle aree di forza e di debolezza di ciascuna istituzione, il Sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane ha previsto, nel 2005, uno specifico approfondimento sui risultati conseguiti nel corso degli ultimi due anni [Nutti *et al.* 2006].

Al Percorso materno infantile è stato applicato il modello messo a punto per la valutazione complessiva della performance aziendale prevedendo uno specifico set di indicatori classificati nelle sei dimensioni previste [Nutti, Bonini *et al.* 2006].

⁹ Cfr. Parte IV, Capitolo 2.



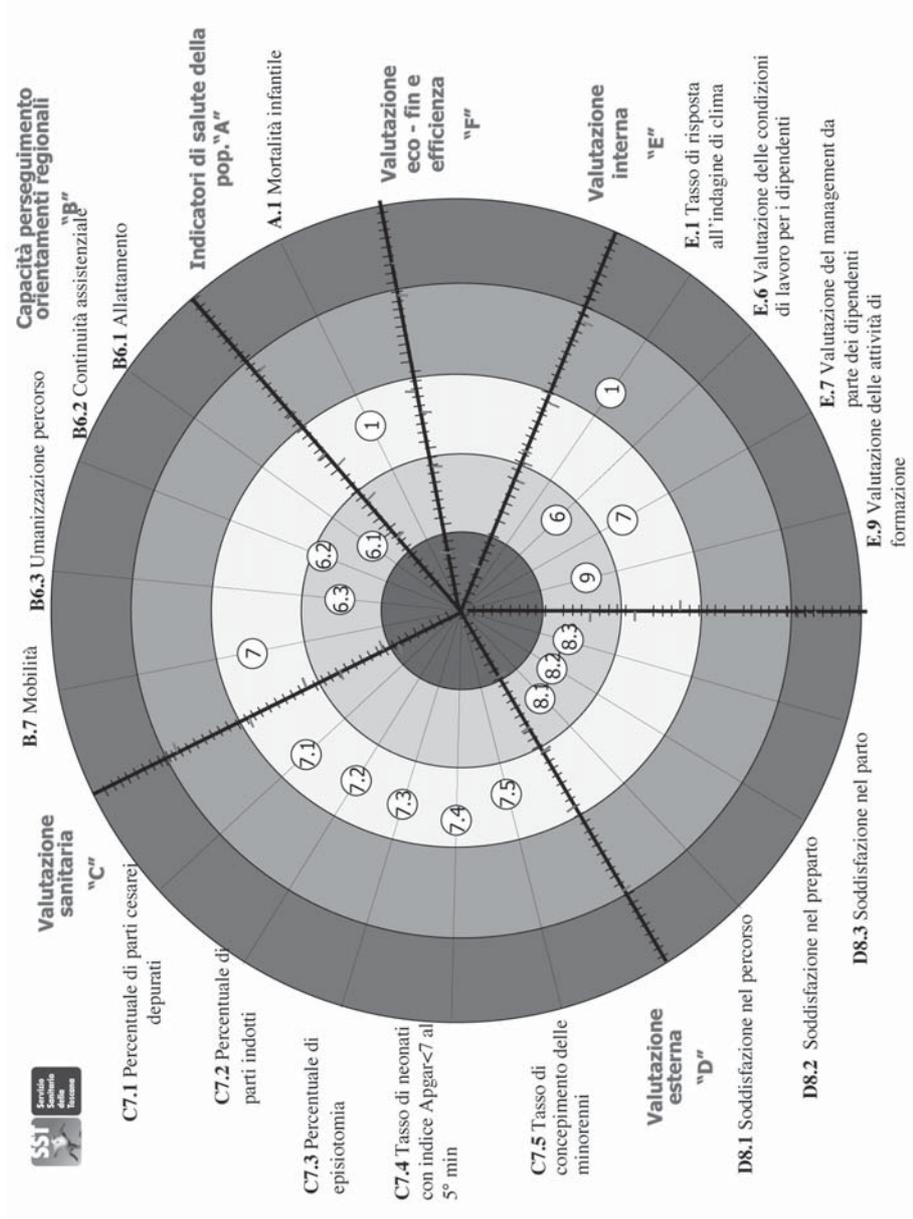


Fig. 6. Sistema di valutazione della performance del percorso nascita in Toscana.



INDICATORI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE (A)	
A1	Mortalità Infantile

CAPACITA' PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI (B)	
B6.1	Allattamento
B6.2	Continuità assistenziale
B6.3	Umanizzazione del percorso
B7	Mobilità

VALUTAZIONE SANITARIA (C)	
C7.1	Percentuale di parti cesarei depurato
C7.2	Percentuale di parti indotti
C7.3	Percentuale di episiotomie
C7.4	Tasso di neonati con indice di Apgar < 7 al 5° min
C7.7	Tasso di concepimento per residenti minorenni

VALUTAZIONE ESTERNA (D)	
D8.1	Soddisfazione complessiva delle donne nel Percorso
D8.2	Soddisfazione nella fase Preparto
D8.3	Soddisfazione nella fase del Parto

VALUTAZIONE INTERNA (E)	
E1	Tasso di risposta all'indagine di clima
E6	Valutazione delle condizioni di lavoro per i dipendenti
E7	Valutazione del management da parte dei dipendenti
E9	Valutazione delle attività di formazione

FIG. 7. Elenco degli indicatori utilizzati per la valutazione della performance del percorso nascita nelle aziende sanitarie toscane.

Nella dimensione *Valutazione esterna* del bersaglio relativo al percorso materno infantile (Anno 2005) sono presenti tre indicatori costruiti sulla base dei risultati dell'indagine di soddisfazione condotta tra le partorienti toscane nel 2004 e nel 2005:

- D8.1-Soddisfazione complessiva del Percorso materno-infantile;
- D8.2-Soddisfazione media nella fase del pre-parto;
- D8.3-Soddisfazione media nella fase del parto.





Il metodo utilizzato per valutare la performance è quello già descritto nel paragrafo *Il processo di valutazione*¹⁰.

In media la soddisfazione delle donne è molto positiva; gli indicatori di soddisfazione per tutte le Aziende sono infatti posizionati nella fascia verde (performance buona).

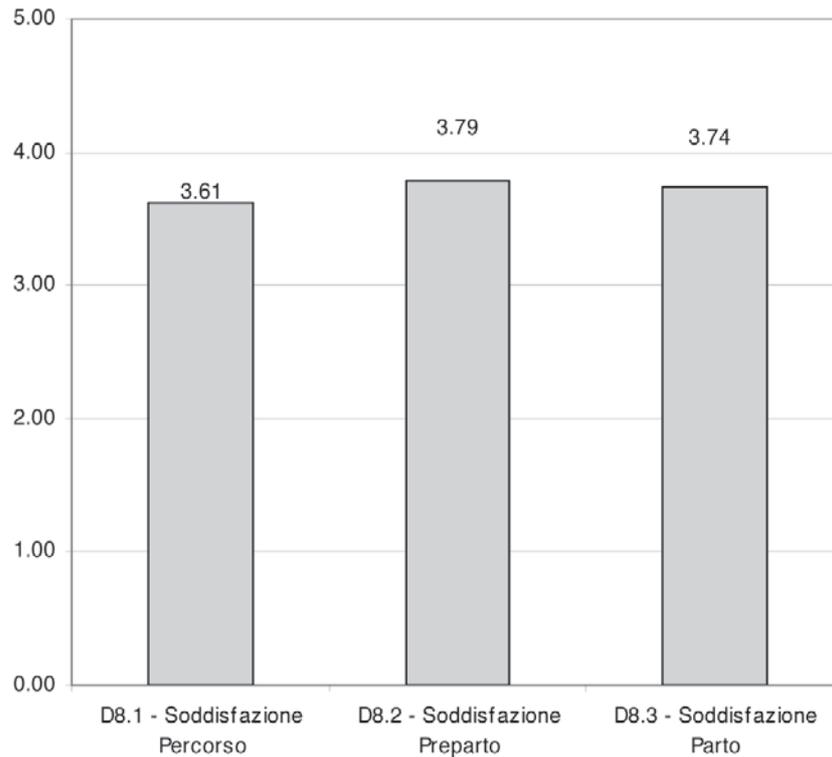


FIG. 8. Valutazione della performance media regionale relativa al percorso nascita complessivo, alle fasi del pre parto e del parto. Anno 2004/2005.

Tuttavia, nonostante questi risultati positivi, da un'analisi più approfondita emerge che ci sono degli aspetti del servizio meno graditi di altri. In particolare sembra essere più apprezzata l'assistenza ricevuta nella fase del pre-parto rispetto a quella ricevuta nelle altre fasi.

Inoltre, per alcuni aspetti appaiono differenze statisticamente significative fra le Aziende, sia in termini di performance media che di distribuzione delle risposte.

¹⁰ Cfr. par. 6.3.





Di seguito si riportano gli indicatori di soddisfazione presenti nel bersaglio del 2005.

Soddisfazione complessiva del Percorso materno infantile

L'indicatore D8.1 misura la percezione delle donne relativamente a tutto il percorso nascita, dalla fase del pre-parto al post parto. L'indicatore tiene conto dei risultati ottenuti alla domanda «*Riguardo all'intero Percorso materno-infantile, dal momento della gravidanza, alla nascita, al periodo dopo il parto, quanto si ritiene soddisfatta dell'assistenza sanitaria ricevuta?*».

Nel grafico che segue si riporta il confronto delle distribuzioni della soddisfazione fra le Aziende che hanno partecipato all'indagine del 2005 e del 2004¹¹. Tutte le Aziende registrano una performance buona seppur con delle differenze statisticamente significative.

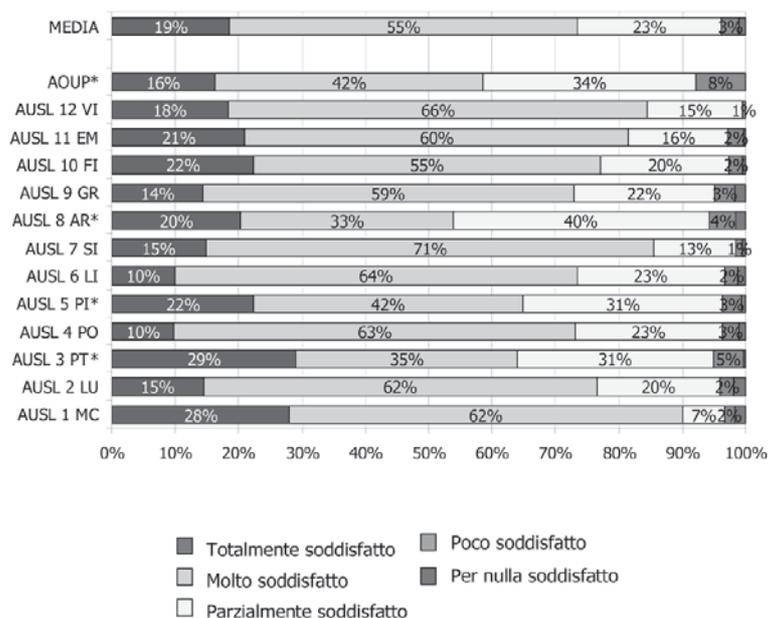


FIG. 9. Distribuzione percentuale del livello di soddisfazione rispetto all'assistenza sanitaria ricevuta durante la gravidanza. Anno 2004/2005.

¹¹ Le aziende che hanno partecipato alla sperimentazione nel 2004 sono segnalati da un asterisco.





Soddisfazione media nella fase del pre-parto

L'indicatore D8.2 misura la percezione media delle donne relativamente ad una serie di items relativi alla fase del pre-parto (figura 10).

Il punteggio assegnato è la media delle valutazioni di quattro sub-indicatori che riguardano: la professionalità e la cortesia dell'operatore che ha seguito la donna prima del parto, la comunicazione sanitaria, la valutazione complessiva del corso di preparazione alla nascita e le informazioni ricevute durante gli incontri.

Soddisfazione media dell'operatore sanitario che ha seguito la partoriente

- Come valuta la disponibilità all'ascolto e la cortesia di tale operatore sanitario?
- Come valuta la professionalità di tale operatore sanitario?

Soddisfazione media della comunicazione sanitaria

- Come valuta le informazioni ricevute dall'operatore sanitario che l'ha seguita durante la gravidanza riguardo al suo stato di salute e quello di suo figlio (durante la gravidanza)?
- Come valuta le informazioni ricevute dall'operatore sanitario che l'ha seguita durante la gravidanza riguardo agli esami diagnostici e screening (durante la gravidanza)?
- Come valuta le informazioni ricevute dall'operatore sanitario che l'ha seguita durante la gravidanza riguardo ai punti nascita disponibili?
- Come valuta le informazioni ricevute dall'operatore sanitario che l'ha seguita durante la gravidanza sull'alimentazione?

Soddisfazione complessiva del corso di preparazione alla nascita?

- Come valuta complessivamente il corso di preparazione alla nascita?

Soddisfazione media delle informazioni ricevute durante il corso di preparazione alla nascita

- Come valuta le informazioni ricevute durante il corso di preparazione al parto riguardo alle tecniche di rilassamento?
- Come valuta le informazioni ricevute durante il corso di preparazione al parto riguardo al travaglio e al parto?
- Come valuta le informazioni ricevute durante il corso di preparazione al parto riguardo all'allattamento?
- Come valuta le informazioni ricevute durante il corso di preparazione al parto riguardo alle cure del bambino?

FIG. 10. Items utilizzati per la costruzione dell'indicatore D8.2 - *Soddisfazione media nella fase del pre parto.*



La performance regionale relativa ai servizi del pre-parto erogati dalle strutture sanitarie toscane risulta essere buona¹².



FIG. 11. Struttura dell'indicatore D8.2 - *Soddisfazione media nella fase del preparto*.

L'operatore sanitario che ha seguito la donna e la comunicazione sanitaria ricevono una valutazione quasi ottima.

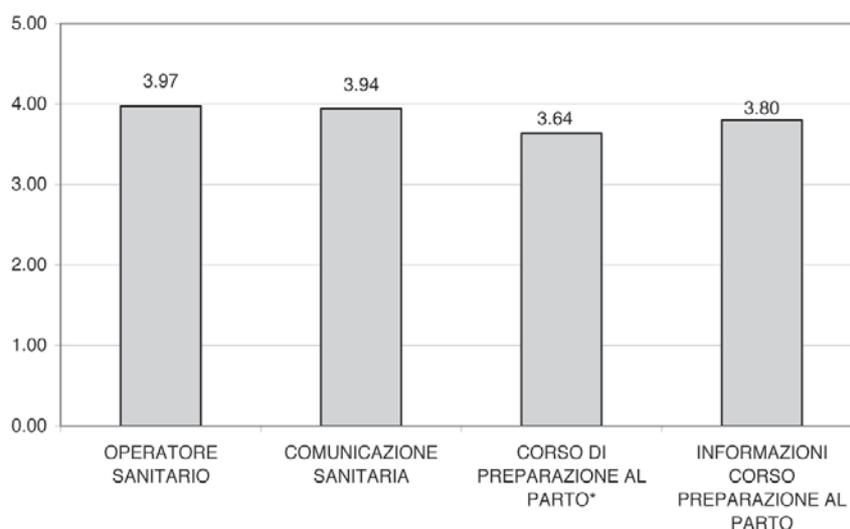


FIG. 12. Valutazione della performance media regionale rispetto ai quattro sottoindicatori che misurano il livello di soddisfazione nella fase del preparto. Anno 2004/2005.

¹² Dei quattro sub-indicatori, solo quello relativo alla valutazione complessiva del corso di preparazione al parto tiene conto anche delle performance delle aziende che nel 2004 parteciparono alla sperimentazione (AUSL di Pistoia, Pisa, Arezzo e AOU Pisana).

In particolare si osserva che le donne esprimono una maggiore soddisfazione quando viene chiesto loro: *Come valuta la disponibilità all'ascolto e la cortesia dell'operatore sanitario che l'ha seguita principalmente durante l'ultima gravidanza?* La valutazione riportata nella figura 13 si riferisce esclusivamente ad operatori pubblici.

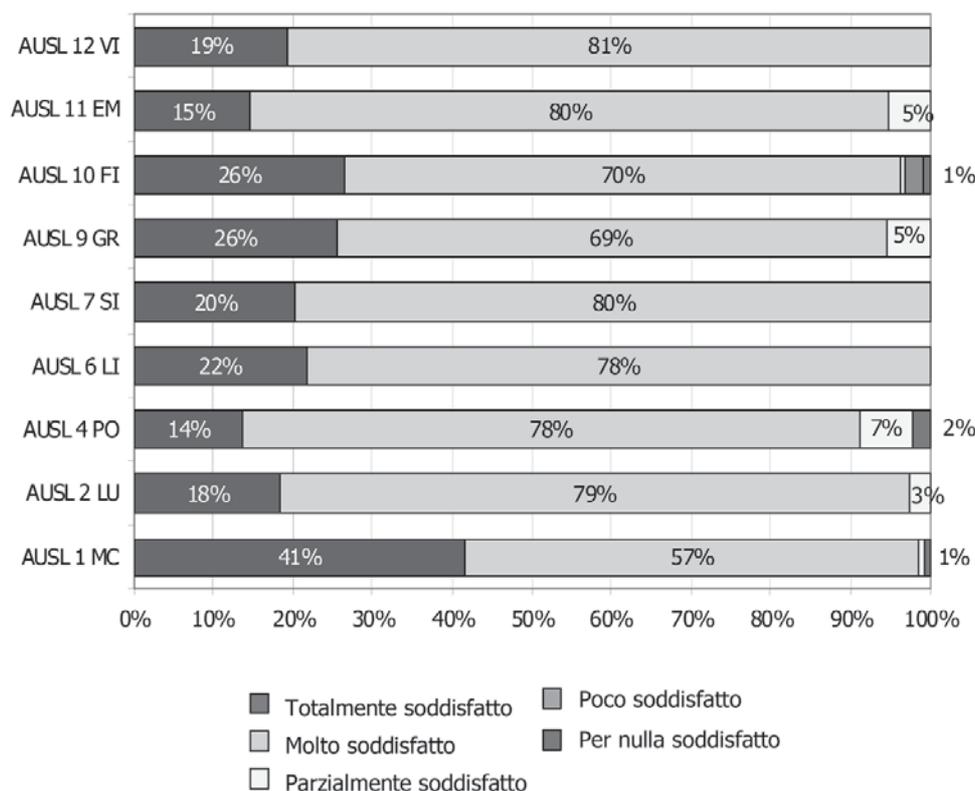


FIG. 13. Distribuzione percentuale del livello di soddisfazione rispetto alla disponibilità e cortesia dell'operatore che ha seguito prevalentemente la donna durante la gravidanza. Anno 2005.

I risultati mostrano che a livello regionale, l'aspetto che soddisfa maggiormente le donne è la disponibilità all'ascolto e la cortesia dell'operatore sanitario pubblico che le ha principalmente seguite durante la gravidanza (con differenze a livello aziendale).



Soddisfazione media nella fase del parto

L'indicatore D8.3 misura la percezione delle donne relativamente all'assistenza ricevuta durante il parto presso i punti nascita della Regione Toscana. Tra le variabili individuate per monitorare il livello di assistenza percepito dalle partorienti ci sono: disponibilità all'ascolto e professionalità delle diverse figure sanitarie incontrate durante il ricovero, comunicazione sanitaria, gestione del dolore e comfort.

Soddisfazione media sulla competenza professionale

- Come valuta le competenze professionali dimostrate durante il ricovero dai medici?
- Come valuta le competenze professionali dimostrate durante il ricovero dagli infermieri?
- Come valuta le competenze professionali dimostrate durante il ricovero dall'ostetrica che l'ha assistita durante il ricovero?

Soddisfazione media sulla disponibilità all'ascolto e cortesia

- Come valuta la disponibilità all'ascolto e la cortesia dimostrate durante il ricovero dai medici?
- Come valuta la disponibilità all'ascolto e la cortesia dimostrate durante il ricovero dagli infermieri?
- Come valuta la disponibilità all'ascolto e la cortesia dimostrate durante il ricovero dall'ostetrica che l'ha assistita durante il ricovero?

Soddisfazione media sulla comunicazione sanitaria

- Come valuta le informazioni ricevute durante il ricovero riguardo al suo stato di salute?
- Come valuta le informazioni ricevute durante il ricovero riguardo alla salute di suo figlio?
- Come valuta le informazioni ricevute durante il ricovero riguardo all'allattamento?
- Come valuta le informazioni ricevute durante il ricovero riguardo alle cure del bambino?

Comfort e infrastrutture

- Come valuta il comfort e l'adeguatezza delle infrastrutture (sala travaglio, sala parto, camera del reparto, nido, ecc.)?

Gestione del dolore

- Come valuta l'assistenza ricevuta per controllare il dolore dopo il parto?
-

FIG. 14. Items utilizzati per la costruzione dell'indicatore D8.3 - *Soddisfazione media nella fase del parto.*





La valutazione media regionale dell'assistenza ricevuta durante il parto è molto buona, anche per gli aspetti misurati dai singoli sub-indicatori.



FIG. 15. Struttura dell'indicatore D8.3 - *Soddisfazione media nella fase del parto.*

Dalla figura 16 si osserva come ciascuna determinante ha avuto un'influenza differente sulla soddisfazione media. In particolare si osserva che le donne sono soddisfatte soprattutto della competenza professionale e della cortesia e disponibilità all'ascolto del personale sanitario che le ha assistite¹³.

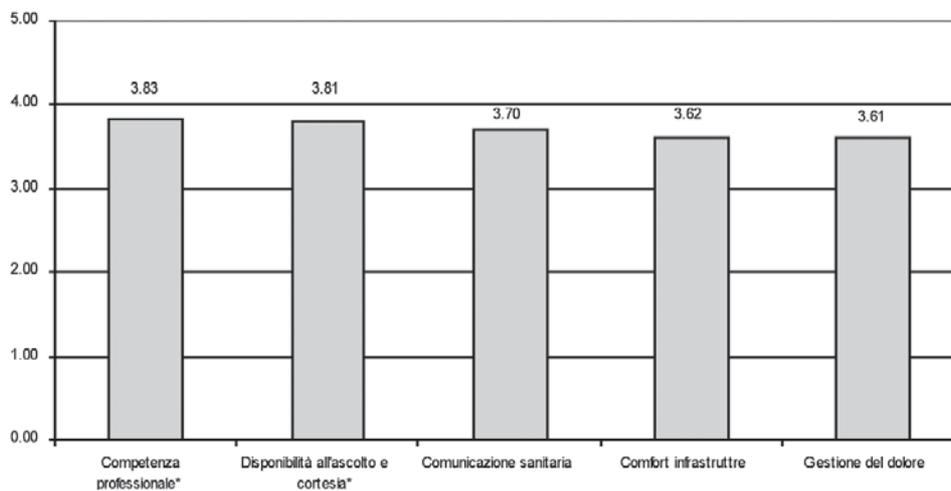


FIG. 16. Valutazione della performance media regionale rispetto ai cinque sottoindicatori che misurano il livello di soddisfazione nella fase del parto Anno 2004/2005.

¹³ Nel 2004 i sub-indicatori *Competenza professionale* e *Disponibilità all'ascolto e cortesia* non prevedevano la valutazione delle ostetriche.



L'aspetto che a livello regionale registra la minore soddisfazione è l'assistenza ricevuta per controllare il dolore dopo il parto (seppur molto positiva perché la percentuale di donne totalmente e molto soddisfatte supera l'85%), con differenze fra le aziende¹⁴. Occorre precisare però che per alcune aziende la soddisfazione sul controllo del dolore dopo il parto non è l'aspetto che mostra i livelli di soddisfazione più bassi.

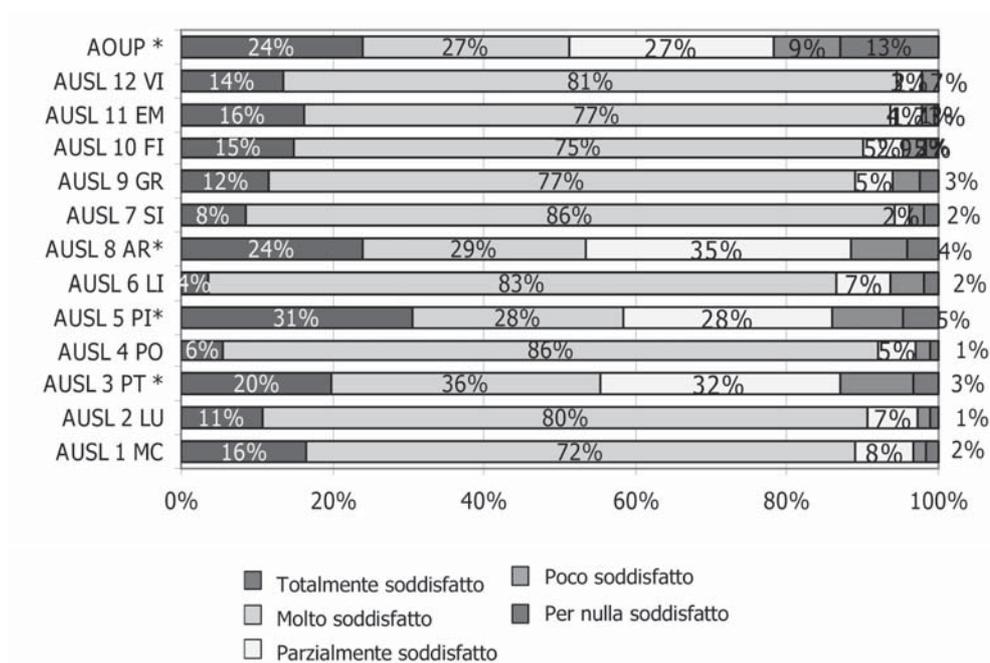


FIG. 17. Distribuzione percentuale del livello di soddisfazione rispetto alla gestione del dolore. Anno 2004/2005.

5. La valutazione esterna del Percorso Emergenza (Linda Marcacci)

Il Pronto Soccorso ha ormai assunto il ruolo di centro di riferimento per il cittadino che necessita di assistenza; negli ultimi dieci anni si è registrato un aumento tra il 50%

¹⁴ Le aziende segnalate con un asterisco hanno partecipato all'indagine nel 2004.



e il 100% nel numero degli accessi [PSR 2005-2007], legati specialmente ad una casistica di tipo non realmente grave e urgente: i cosiddetti codici bianchi e azzurri, che dovrebbero trovare una risposta ai loro bisogni nei servizi territoriali.

Il Pronto Soccorso rappresenta un'importante interfaccia tra l'Azienda sanitaria ed il cittadino, svolgendo anche una indispensabile attività di filtro per accedere ai reparti ospedalieri. Ma la difficile situazione di sovraffollamento delle strutture mette in difficoltà il sistema di emergenza-urgenza, che non riesce a far fronte ad una domanda sempre crescente; tutto questo crea gravi disagi sia agli operatori che vivono quotidianamente in stato di forte stress, sia ai cittadini che devono spesso far fronte a situazioni di grande disagio.

L'aumento dei tempi di attesa per ricevere le diverse prestazioni, in particolar modo quando è necessario ricorrere ad esami diagnostici strumentali, è la principale causa di insoddisfazione negli utenti che usufruiscono del servizio, e questo naturalmente incide in modo negativo sui livelli di qualità percepita.

La Regione Toscana ha investito molto sul Percorso emergenza-urgenza ed ha affrontato il problema in tutta la sua complessità, attivando meccanismi di risposte alternative a quello territoriale e investendo risorse per finanziare interventi di tipo strutturale e organizzativo, finalizzati a rendere più accoglienti ed efficienti i locali del Pronto Soccorso.

Per valutare l'efficacia delle strategie messe in atto e delle azioni intraprese, ogni anno nei Pronto Soccorso toscani viene effettuata un'indagine di soddisfazione che permette di dar voce agli utenti che hanno usufruito dei servizi di emergenza, mettendo in luce i punti di forza e i principali elementi di criticità presenti nel Percorso.

5.1. Il Campionamento (Fabio Ferretti)

Nell'ambito delle attività di ricerca riguardanti il Percorso Emergenza, le esperienze di valutazione delle strutture sanitarie della Toscana condotte dal Laboratorio MeS sono





riconducibili a tre cicli di ricerca, relativi agli anni 2005, 2006 e 2007¹⁵.

Come nel caso delle indagini di soddisfazione sui servizi territoriali, anche per le indagini sul Percorso Emergenza, le attività di progettazione metodologica e di rilevazione dei dati nel 2005 sono state curate dal Settore Sistema Statistico della Regione Toscana. Nelle edizioni successive, a partire dal 2006, tutte le attività del ciclo di ricerca, dall'impianto metodologico fino all'analisi dei dati, sono state sviluppate dal Laboratorio MeS della Scuola Superiore S. Anna e della Regione Toscana.

Nel 2005 l'indagine sulla soddisfazione degli utenti del Pronto Soccorso ha riguardato solo una parte delle Aziende toscane (nello specifico la AUSL 1 di Massa, la AUSL 4 di Prato, la AUSL 6 di Livorno, la AUSL 7 di Siena, la AUSL 9 di Grosseto, la AUSL 10 di Firenze, la AUSL 11 di Empoli e la AUSL 12 di Viareggio). Negli anni successivi le indagini sono state estese alle rimanenti Aziende sanitarie della Toscana, comprese le Aziende ospedaliere universitarie.

In tutte le esperienze sopra citate la popolazione obiettivo è stata sempre rappresentata dagli utenti dei servizi di Pronto Soccorso presenti sul territorio regionale e le liste campionarie, dalle quali sono stati poi selezionati gli utenti da intervistare, sono state costruite mediante il reclutamento dei pazienti presso i Pronto Soccorso delle Aziende Usl grazie anche alla collaborazione del personale sanitario addetto alle strutture. Tale scelta metodologica è stata adottata a seguito di quanto previsto dalla normativa sulla privacy e sul trattamento dei dati personali (D.Lgs. 196/2003).

L'edizione del 2006, a cui fanno riferimento i risultati illustrati nei prossimi paragrafi, ha coinvolto tutti i punti di Pronto Soccorso della Toscana. Stante le liste campionarie sopra descritte, il disegno campionario utilizzato ha subito alcuni cambiamenti significativi rispetto alla precedente edizione della ricerca. Innanzitutto la rilevazione si è con-

¹⁵ I risultati e le valutazioni relative al 2007 non saranno oggetto di questa trattazione perché ancora in fase di elaborazione durante la stesura di questo testo.





centrata sulle attività dei Pronto Soccorso, escludendo quelle ambulatoriali; inoltre il livello di precisione delle stime è stato calcolato non più sulla base dei punti di Pronto Soccorso toscani, ma sulla dimensione aziendale delle strutture del Percorso Emergenza presenti sul territorio. La lista di campionamento è stata dunque stratificata rispetto alle Aziende Usl e alle Aziende Ospedaliere Universitarie, ottenendo così un totale di 16 strati.

Sulla base del numero di accessi registrati nei Pronto Soccorso toscani durante il periodo di reclutamento sono state calcolate le numerosità campionarie per ogni strato, affinché l'indagine garantisse stime significative ad un livello di probabilità a livello aziendale del 95%, con una precisione della stima del 5%.

Al fine di rendere ancora più efficace il disegno campionario, ogni strato (contenente gli accessi ai Pronto Soccorso di ogni singola Azienda toscana) è stato ulteriormente segmentato rispetto a due criteri:

- il singolo Pronto Soccorso;
- il codice di accesso, raggruppato in quattro categorie: i codici bianchi/azzurri, i codici rossi e gialli, i codici verdi ed infine i codici non assegnati.

La numerosità campionaria stabilita per ogni strato è stata quindi distribuita in modo proporzionale in ogni segmento della matrice definita dai due suddetti criteri.

Il disegno campionario illustrato, ovvero la stratificazione degli accessi per Azienda, punto di Pronto Soccorso e codice di accesso, ha consentito di allocare la numerosità in specifiche quote che hanno ottimizzato la rilevazione dei dati in funzione della rappresentatività degli intervistati rispetto alle caratteristiche della popolazione.

La numerosità campionaria progettata nel 2006 è stata di 6.017 unità.





5.2. *Il questionario (Linda Marcacci, Anna Maria Murante)*

L'esperienza degli utenti del Pronto Soccorso è stata rilevata attraverso un questionario appositamente costruito. Mentre nel 2004 e nel 2005 sono stati intervistati anche gli accompagnatori, laddove gli utenti si trovavano in condizioni di particolare gravità, come ad esempio nel caso di un codice rosso, a partire dal 2006 l'indagine è stata rivolta ai soli pazienti, perché spesso l'accompagnatore non era in grado di rispondere a domande specifiche sull'assistenza.

Il questionario adottato nel 2006 si compone di 35 domande chiuse e di 1 aperta, con cui raccogliere commenti o suggerimenti per il miglioramento del servizio. Tra le domande chiuse 4 servono a rilevare informazioni sul paziente (ad esempio, titolo di studio e professione) mentre le restanti 31 indagano alcuni aspetti significativi dell'assistenza ricevuta. Il questionario ripercorre l'esperienza vissuta dal paziente durante la sua permanenza in Pronto Soccorso a partire dalle modalità di accesso, fino al momento delle dimissioni o ad un eventuale ricovero in reparto. Per ciascuna fase del percorso l'intervistato può esprimere la propria percezione rispetto ai vari aspetti del servizio, come ad esempio il comfort delle strutture, la professionalità del personale, l'efficacia della comunicazione e la qualità dell'assistenza ricevuta. Nello specifico, gli items indagati si possono così sintetizzare:

- modalità di accesso
- qualità complessiva dell'assistenza ricevuta in Pronto Soccorso
- accoglienza e comfort delle strutture
- chiarezza ed efficacia della comunicazione
- professionalità e cortesia del personale medico e infermieristico
- tempi di attesa
- gestione del dolore
- miglioramento della qualità, rispetto a quanto percepito nel corso di eventuali accessi precedenti avvenuti nello stesso anno





Le domande presenti nel questionario sono generalmente di due tipi: di valutazione, che prevedono risposte suddivise in scala da 1 (valutazione pessima) a 5 (valutazione eccellente), e di esperienza, che permettono di entrare più dettagliatamente nel vissuto dei pazienti.

I risultati ottenuti dalla somministrazione di questo questionario hanno suscitato la necessità di comprendere meglio alcuni fenomeni emersi. Ciò ha comportato l'introduzione di nuovi items nel questionario somministrato nel 2007.

5.3.Indicatori, determinanti ed esemplificazioni

(Anna Maria Murante, Linda Marcacci)

Nel Sistema di valutazione della performance sono presenti tre indicatori dedicati all'esperienza dei cittadini che ricorrono ai servizi di Pronto Soccorso:

- D8-Livello di soddisfazione del Percorso emergenza;
- D9-Percentuali di abbandoni dal Pronto Soccorso;
- D10-Livello di insoddisfazione del Percorso emergenza.

Mentre il D8 e il D10 rilevano il grado di soddisfazione/insoddisfazione dei pazienti e sono costruiti partendo dai risultati di indagini telefoniche, il D9, che misura la percentuale di pazienti che dopo la registrazione al triage abbandonano la sala d'attesa prima di essere visitati da un medico, è calcolato sulla base dei dati comunicati dalle singole Aziende.

Soddisfazione Percorso Emergenza

L'indicatore D8 sintetizza il livello di soddisfazione maturato dagli utenti del percorso emergenza, campionati nel corso dell'indagine di soddisfazione condotta nel 2006. Sono molteplici le variabili prese in considerazione nella costruzione dell'indicatore, che pone particolare attenzione alle determinanti della soddisfazione complessiva: cure mediche, capacità d'ascolto del personale, processo di comunicazione, tempi di





attesa, infrastrutture, ecc. [Marco 2005], [Boudreaux, Mandry and Wood 2003], [Thompson and Yarnold 1995].

L'indicatore è calcolato come media pesata dei sub-indicatori *Percorso complessivo*, *Personale medico e infermieristico* e *Accoglienza e Privacy*, dove ai primi due è stato attribuito un peso pari al 42% e al terzo un peso del 16%.

I Pronto Soccorso della Regione Toscana ottengono dai propri utenti una valutazione positiva, mostrano una performance media regionale buona, influenzata soprattutto dalle capacità professionali e dalla gentilezza mostrata dal personale medico e infermieristico che opera nelle strutture e con cui i pazienti sono entrati in contatto durante la permanenza in Pronto Soccorso.

Ciascun sub-indicatore misura il livello di soddisfazione rispetto a specifici aspetti del servizio monitorati attraverso alcune delle domande somministrate telefonicamente ai pazienti (figura 19).

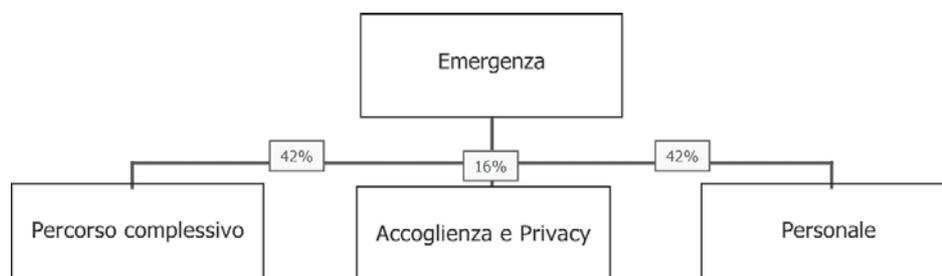


FIG. 18. Struttura dell'indicatore D8 - *Soddisfazione Percorso emergenza*.





Percorso complessivo

- Come valuta globalmente la qualità dell'assistenza ricevuta nel Pronto Soccorso?
- Come valuta l'organizzazione del Pronto Soccorso nel suo complesso?
- Qual è il suo giudizio sul tempo atteso prima di essere visitato dal medico?
- Come valuta la capacità del personale infermieristico di comprendere all'arrivo al Pronto Soccorso la gravità del suo problema di salute?
- Come valuta l'attenzione a lei dedicata dal personale sanitario per cercare di controllare o attenuare il dolore?

Accoglienza e Privacy

- Come valuta l'accoglienza e il comfort della sala d'attesa del Pronto Soccorso?
- Quanto ritiene sia stato rispettato il suo diritto alla riservatezza (privacy) durante la sua permanenza in Pronto Soccorso?

Personale

- Come valuta la professionalità e l'accuratezza nelle visite del personale medico?
- Come valuta la cortesia e la gentilezza del personale medico?
- Come valuta le informazioni fornite dai medici riguardo al suo stato di salute in termini di chiarezza e completezza?
- Come valuta la professionalità del personale infermieristico?
- Come valuta la cortesia e la gentilezza del personale infermieristico?

FIG. 19. Items utilizzati per la costruzione dell'indicatore *D8 - Soddisfazione Percorso emergenza*.

Riguardo al percorso complessivo, si osserva che la performance a livello medio regionale è condizionata positivamente soprattutto dalle valutazioni che i pazienti danno dell'assistenza globalmente ricevuta e della capacità che l'infermiere triagista ha di riconoscere il problema di salute che li ha spinti a rivolgersi al Pronto Soccorso. Una maggiore attenzione dovrebbe essere invece riposta su aspetti quali la *gestione del dolore*, tema già da tempo obiettivo di strategie sanitarie, per il quale si registra una performance buona ma tra le più basse se confrontate con le altre variabili monitorate (es. qualità organizzativa e tempi di attesa).



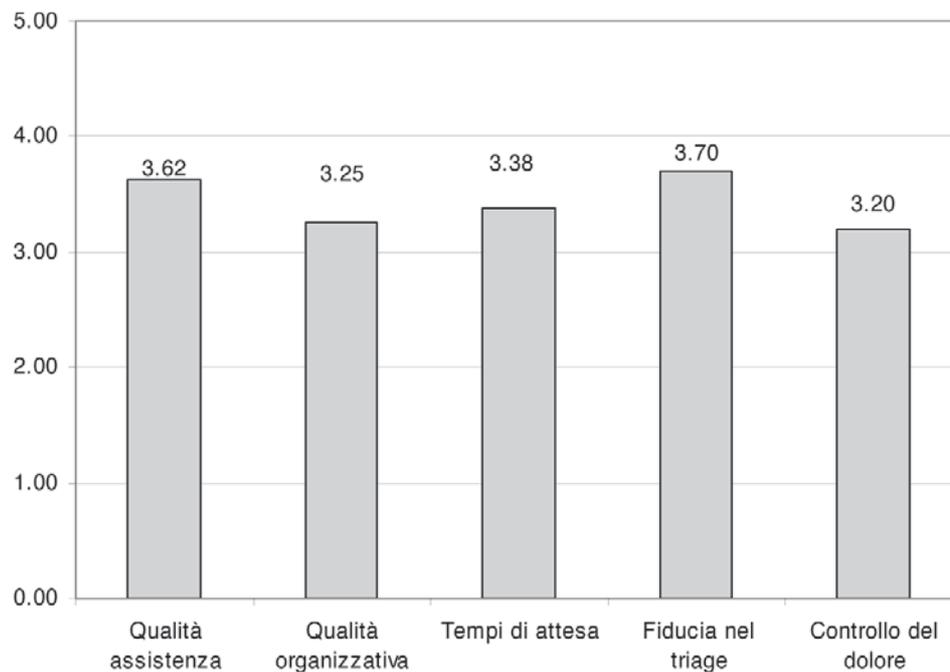


FIG. 20. Valutazione della performance media regionale rispetto ai cinque items sul livello di soddisfazione per il *Percorso complessivo*. Anno 2006.



Riguardo ai tempi di attesa, a seguito di ulteriori analisi condotte sui risultati dell'indagine, si è osservato che il giudizio espresso dai pazienti sulla durata dell'attesa in Pronto Soccorso prima di essere visitati dal medico migliora se gli stessi sono stati rassicurati durante l'attesa. Per il paziente che aspetta è dunque importante avere una corretta percezione di quanto sta accadendo, ricevendo indicazioni sulla gravità della situazione, sulla durata dell'attesa [Cross *et al.* 2005] [Fox, Brogan and Thode 2000] e su quanto gli operatori sanitari si accingeranno a fare per aiutarlo.

Il sub-indicatore dedicato al comfort delle strutture e al rispetto della privacy evidenzia che l'accoglienza delle sale d'attesa è a livello regionale buona, anche se sono forti le differenze non solo a livello aziendale ma anche a livello di singolo Pronto Soccorso. I pazienti appaiono inoltre





soddisfatti di come gli operatori sanitari si adoperano per assicurare il rispetto della loro privacy nel corso della permanenza in Pronto Soccorso. È questa la variabile che a livello regionale registra la valutazione più elevata, anche se non mancano, anche in questo caso, evidenti differenze tra le varie realtà locali.

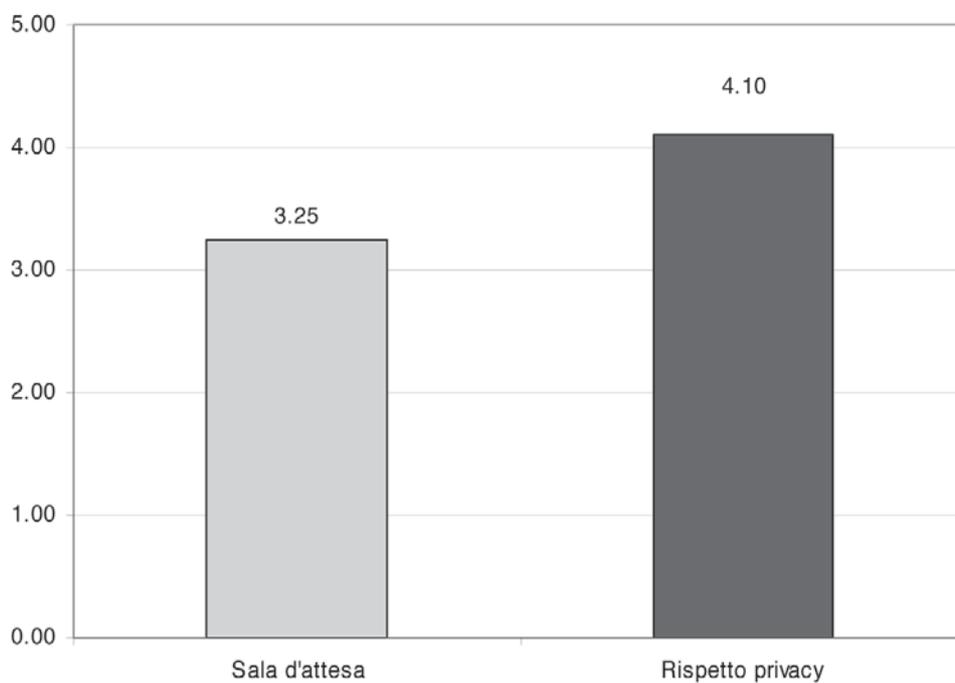


FIG. 21. Valutazione della performance media regionale rispetto agli items dell'Accoglienza e Privacy. Anno 2006.

È quasi ottima la performance del personale medico ed infermieristico, a cui i pazienti riconoscono soprattutto di essere cortesi più che professionali. Sono altrettanto buoni i giudizi sul livello di informazione ricevuta dai medici che hanno prestato le cure.



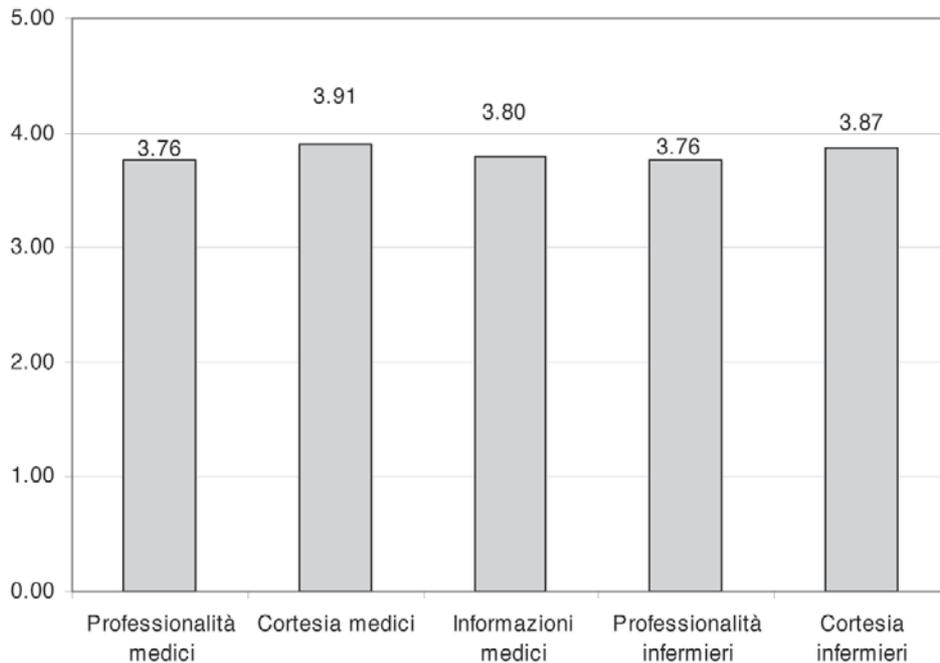


FIG. 22. Valutazione della performance media regionale rispetto ai cinque items sul livello di soddisfazione relativamente al *Personale*. Anno 2006.



Percentuali di abbandoni Pronto Soccorso



L'indicatore D9 misura la percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso, ossia il numero di pazienti che dopo la registrazione al triage abbandonano la sala d'attesa senza essere visitati dal medico e senza darne preavviso al personale.

L'indicatore, calcolato sulla base dei dati forniti dalle Aziende, è stato inserito nella dimensione *Valutazione esterna* perché esprime un sintomo di insoddisfazione da parte dell'utenza che è stanca di aspettare e preferisce andar via.

Inoltre, seppur si possa credere che buona parte degli abbandoni si riferisca ad accessi inappropriati, nel cui caso è più probabile che l'utente sia scoraggiato dalla lunga attesa e decida di rivolgersi alla guardia medica o di ritornare in un altro momento, non si può escludere che tra questi pazienti vi siano persone che realmente necessitino di un'assistenza immediata. Se così fosse, si rischierebbe di lasciar uscire dal





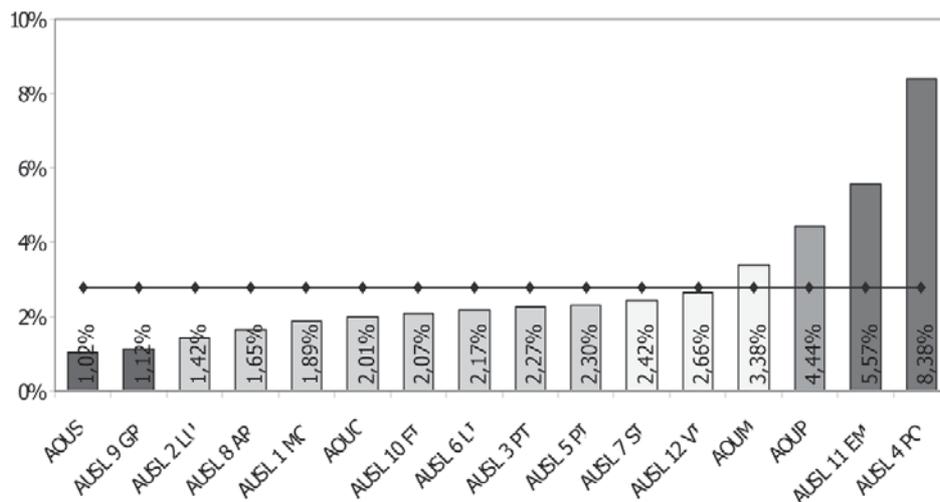
Pronto Soccorso persone con un reale problema di salute, esposte a rischi non controllabili [Baibergenova *et al.* 2006], [McMullan, Vesper 2004], [Bindman *et al.* 1991].

È dunque importante monitorare episodi di questo tipo ed interrogarsi sulle eventuali cause che possono averli indotti. È possibile che il paziente non abbia compreso le regole che disciplinano i tempi d'attesa in Pronto Soccorso (sistema codice colore) o che nessuno gli abbia spiegato quali fossero le sue reali condizioni di salute.

A livello regionale l'indicatore segnala una performance media (fascia gialla), denunciando per il 2006 una percentuale regionale di abbandoni media che si attesta sul 2,80% - ogni 100 accessi al Pronto Soccorso si registrano cioè 2,80 abbandoni.

Le percentuali a livello aziendale variano in alcuni casi in modo notevole, con oscillazioni che vanno dall'1,02% all'8,38%.

La figura 23 mostra i valori dell'indicatore D9 per l'anno 2006 e come essi variano rispetto al 2005, permettendo di osservare se le eventuali azioni promosse siano state in grado di controllare/ridurre le dimensioni del fenomeno.



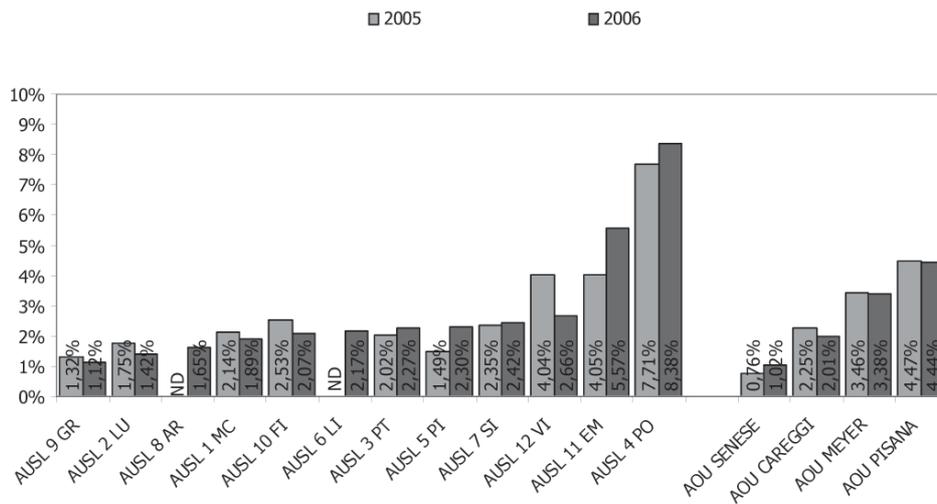


FIG. 23. Percentuale di abbandono dal Pronto Soccorso dei pazienti che attendono di essere visitati dal medico. Anno 2006 e trend 2005-2006.

Il secondo grafico, che riporta l'andamento nel tempo, mostra che nel 2006 per 7 Aziende su 16 il numero di abbandoni si è ridotto rispetto al 2005 e a volte anche in modo significativo.

Insoddisfazione Percorso emergenza

L'indicatore D10 misura il livello di insoddisfazione dei pazienti che hanno accesso al Pronto Soccorso. Affinché uno studio sul livello di soddisfazione degli utenti sia utilizzato come uno strumento di miglioramento capace di individuare le fasi o gli aspetti del servizio più critici agli occhi dei pazienti, è fondamentale evidenziare i risultati negativi [Golgwag *et al.* 2002], grandi o piccoli che siano, con l'intento di ridurli al minimo, se non annullarli.

È per questo che, utilizzando la stessa struttura dell'indicatore D8, è stato costruito un indicatore che consentisse di valutare il servizio di Pronto Soccorso tenendo conto dei soli giudizi negativi (poco o per nulla soddisfacenti), dando voce a quegli utenti che sono stati protagonisti di esperienze critiche.





L'indicatore appare sul bersaglio accompagnato da un campanello, perché la valutazione è stata determinata partendo da un numero di osservazioni non sempre statisticamente significative, dal momento che il numero di intervistati poco o per nulla soddisfatti sono solo una parte della numerosità campionaria definita per garantire la significatività dei risultati a livello aziendale.

Le valutazioni, assegnate con il metodo presentato nel paragrafo 6.3, evidenziano in modo più chiaro le criticità presenti nel Percorso emergenza. Se il Sistema sanitario regionale desse ascolto ai soli cittadini insoddisfatti, emergerebbe che la performance media regionale dei Pronto Soccorso della Toscana è scarsa (fascia arancione), condizionata soprattutto da una percezione molto negativa dell'intero percorso a cui si contrappone una valutazione media della cortesia e delle capacità professionali di medici ed infermieri.

L'indicatore D10 evidenzia, in modo più forte rispetto a quanto emerso dalla lettura del D8, che i pazienti insoddisfatti lamentano soprattutto una cattiva organizzazione del Percorso emergenza, tempi d'attesa insoddisfacenti e una scarsa attenzione al controllo del dolore. Le percentuali di pazienti poco o per nulla soddisfatti dell'operato dei medici ed infermieri sono, invece, tra le più basse, dal momento che attribuiscono a tali figure una performance media, soprattutto per la cortesia mostrata nei confronti degli assistiti.



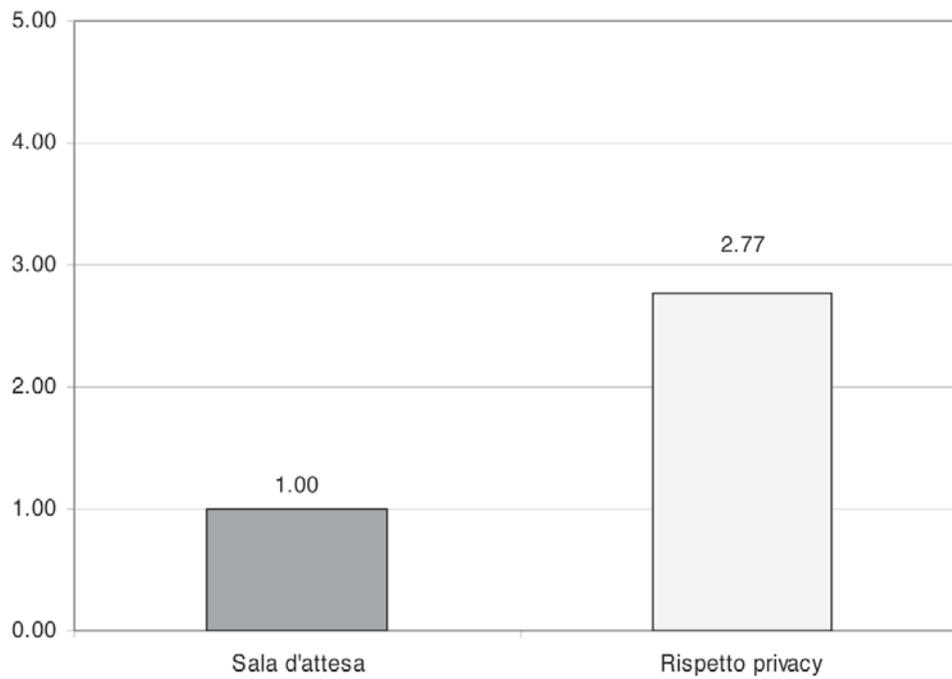


FIG. 24. Valutazione della performance media regionale rispetto ai due items sul livello di insoddisfazione per *Accoglienza* e *Privacy*. Anno 2006.

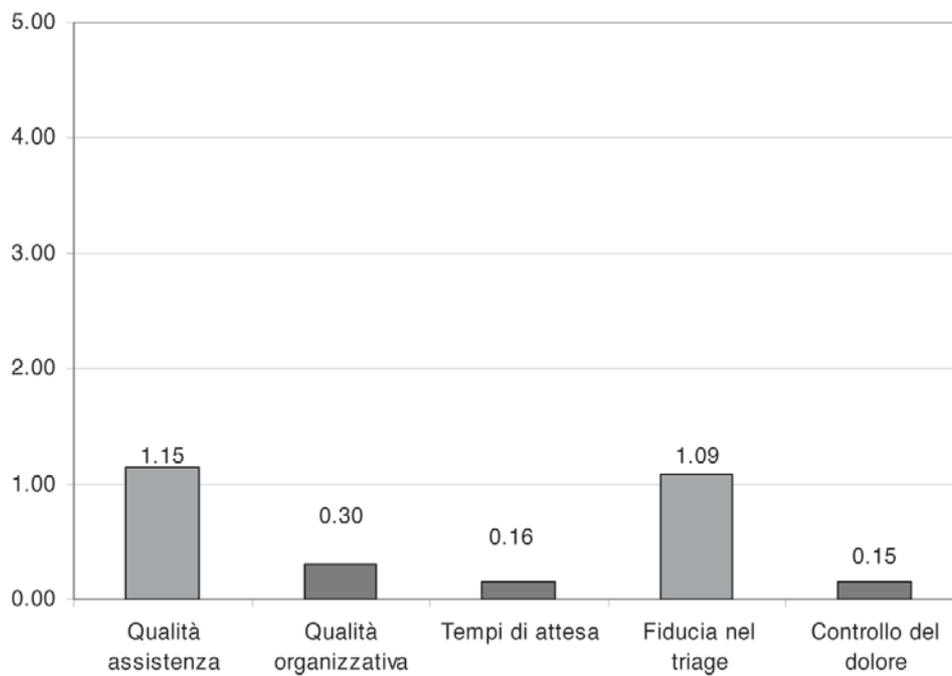


FIG. 25. Valutazione della performance media regionale rispetto ai cinque items sul livello di insoddisfazione relativamente al *Personale*. Anno 2006





6. *La valutazione esterna degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero (Anna Maria Murante)*

Sebbene nell'arco dei secoli gli ospedali abbiano svolto ruoli differenti, il servizio di ricovero ospedaliero continua ad essere ancora oggi una delle funzioni essenziali, nonostante il numero di posti letto si sia ridotto notevolmente a dispetto dell'aumento delle ammissioni [McKee and Healy 2002]. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) segnala una notevole riduzione nella degenza media per gli ospedali europei: negli ospedali per acuti la degenza media passa dai 10,93 giorni del 1980 ai 6,71 del 2004, con alcuni paesi che registrano 3,4 giornate di degenza¹⁶. Il numero di persone ricoverate per brevi periodi ma per trattamenti intensivi e più complessi è invece sempre crescente.

Le aspettative dei pazienti cambiano e il sistema prova a rispondere promuovendo grandi trasformazioni. Nel 1988 l'Ufficio Europeo dell'OMS ha dato avvio ad un programma internazionale per favorire una trasformazione organizzativa e funzionale degli ospedali, al fine di renderli luoghi di promozione della salute (*Health Promoting Hospitals*) [WHO 1991]. Secondo l'*Health Promoting Glossary* gli HPH non solo offrono servizi medico-infermieristici completi, ma soprattutto sviluppano un'identità corporativa che abbraccia gli obiettivi di promozione della salute creando «a health promoting organizational structure and culture, including active, participatory roles for patients and all members staff, develops itself into a health promoting physical environment and actively cooperates with its community¹⁷» [Don Nutbeam 1998].

Nel biennio 2004-2005 le Aziende sanitarie toscane hanno condotto indagini di soddisfazione rivolte agli utenti del servizio di ricovero ospedaliero, utilizzando un questionario co-

¹⁶ Fonte: WHO/Europe, European HFA Database, Novembre 2007.

¹⁷ «una struttura organizzativa e una cultura che comprendano anche il ruolo attivo e partecipativo dei pazienti e di tutto il personale, divenendo un ambiente fisico che promuove la salute e collabora attivamente con la propria comunità».





struito sulla base di linee guida regionali (DRG 444/2002).

L'applicazione delle linee guida regionali ha avvicinato le Aziende al tema della qualità percepita dai degenti ospedalieri, innescando al loro interno processi di miglioramento dei servizi che hanno portato ad un maggior coinvolgimento dell'utente nel processo di erogazione. Malgrado il forte impegno delle Aziende, i dati raccolti non hanno permesso un confronto interaziendale poiché, nonostante le direttive contenute nelle linee guida regionali a proposito della metodologia da adottare, le singole Aziende hanno distribuito e raccolto i questionari in periodi diversi e con modalità differenti.

Affinché i risultati sulla qualità percepita possano costituire uno strumento di monitoraggio e benchmarking è importante che la metodologia e i tempi di rilevazione siano uguali per tutti i soggetti che partecipano allo studio, per evitare che le tecniche di rilevazione inficino i risultati. Per ovviare a problemi metodologici di questo tipo, la gestione della rilevazione è stata affidata ad un unico soggetto, il Laboratorio MeS, che nel 2006 ha organizzato e condotto l'indagine coinvolgendo i degenti di tutte le Aziende Usl e le Aziende ospedaliere universitarie della Regione Toscana.

6.1. *Il Campionamento (Fabio Ferretti)*

La popolazione di riferimento per l'indagine sugli utenti del servizio di ricovero ospedaliero realizzata nel 2006 è rappresentata dagli utenti accettati e dimessi nei presidi ospedalieri toscani durante il periodo 14 settembre-14 novembre 2006. Da questa popolazione sono stati esclusi i pazienti in regime di day hospital e day surgery e coloro che sono stati ricoverati presso le terapie intensive, le rianimazioni ed i nidi. La popolazione di riferimento, per il periodo interessato dall'indagine, è costituita dunque da 55.316 pazienti.

Analogamente a quanto fatto per le altre indagini di soddisfazione che prevedevano il coinvolgimento degli utenti di uno specifico servizio, anche in questo caso il reclutamento è avvenuto nel rispetto della normativa sulla privacy. I no-





minativi di quanti non si sono resi disponibili all'intervista telefonica sono stati incrociati con l'elenco degli accettati e dimessi nel periodo di reclutamento, in modo da essere eliminati dalla lista campionaria dei pazienti contattabili.

Il disegno campionario è stato progettato in funzione di una significatività aziendale delle stime e la lista di campionamento è stata inizialmente stratificata rispetto alle 12 Aziende territoriali e alle 4 Aziende ospedaliere universitarie. Per ognuno dei 16 strati è stata individuata una numerosità campionaria che fornisse una significatività delle stime a livello aziendale del 95% con una precisione della stima del 5%.

Per rendere più efficace il progetto di campionamento, la lista campionaria predisposta per ciascuna Azienda è stata ulteriormente segmentata rispetto ai presidi ospedalieri e la numerosità campionaria allocata nello strato è stata distribuita proporzionalmente rispetto al volume dei ricoveri.

La numerosità campionaria complessiva progettata per l'indagine sulla valutazione dei servizi di ricovero ordinario è stata di 5.847 pazienti. La numerosità campionaria effettivamente rilevata è risultata esattamente uguale a quella progettata.

6.2. Il questionario (Anna Maria Murante, Fabio Ferretti)

Il questionario utilizzato per rilevare l'esperienza degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero ordinario è stato progettato per alimentare un set di indicatori che misurassero la valutazione dell'utenza, non solo in termini di soddisfazione, ma anche di esperienza.

Inizialmente è stata fatta una *review* dei questionari utilizzati in alcuni contesti nazionali¹⁸ e internazionali¹⁹, da cui è emersa un'impronta comune: tutti i questionari risultavano

¹⁸ Regione Toscana, Regione Lombardia, Università di Verona, Università di Bari.

¹⁹ California Pacific Medical Center, Ontario Hospitals, Picker Institute.





strutturati secondo la logica del percorso (ingresso nella struttura, aspetti alberghieri, assistenza medico-infermieristica, dimissioni, valutazioni complessive).

In un secondo momento sono state individuate le dimensioni capaci di misurare l'assistenza ricevuta dai pazienti senza dare grande enfasi alle singole fasi dell'erogazione del servizio, ma ponendo l'accento su specifici temi quali: gestione del dolore, il paziente come persona, partecipazione, coordinamento, ecc.

Questo processo di analisi ed elaborazione ha portato alla realizzazione di un questionario che, oltre a raccogliere informazioni sulle caratteristiche del campione (titolo di studio, professione, precedenti esperienze di ricovero, ecc.)²⁰, contiene quesiti raggruppati nelle seguenti dimensioni di valutazione:

- comunicazione sanitaria
- organizzazione del percorso assistenziale
- qualità dell'assistenza
- umanizzazione
- comfort e ambiente.

In totale il questionario è composto da 36 domande, di cui tre dedicate ai dati personali; il corpo principale è invece composto da *items rating* o *items reporting*, in grado di rilevare cioè il giudizio o la percezione dell'utente rispetto a specifici aspetti del servizio (appendice D).

La rilevazione vera e propria è stata preceduta da un'indagine pilota telefonica condotta tra un ridotto numero di pazienti estratti dalla lista di campionamento a disposizione. I risultati del test sono stati utilizzati per studiare le proprietà del questionario e verificare se le dimensioni teoriche ipotizzate nelle cinque aree d'osservazione avrebbero poi trovato un'effettiva corrispondenza nei risultati ottenuti. Le analisi di attendibilità e validità realizzate sul test hanno confermato nella sostanza la struttura teorica inizialmente disegnata, e hanno dimostrato una buona consistenza interna delle dimensioni analizzate.

²⁰ Altre informazioni quali il sesso, età, residenza, ecc., sono state fornite direttamente dalle Aziende sanitarie congiuntamente ai riferimenti dell'utente (nome, cognome e numero di telefono).



6.3.Indicatori, determinanti ed esemplificazioni (Anna Maria Murante)

Gli indicatori costruiti per valutare l'attività di ricovero ospedaliero ordinario, partendo dalla percezione dei pazienti che si sono rivolti alle strutture del Servizio sanitario toscano, sono quattro:

- D11-Qualità dell'assistenza nel ricovero
- D12-Umanizzazione nel ricovero
- D13-Comunicazione sanitaria nel ricovero
- D14-Comfort e ambiente nel ricovero

Ciascuno di essi consente di misurare la performance delle Aziende sanitarie toscane relativamente ad aspetti importanti dell'assistenza, che in alcuni casi il Piano sanitario regionale 2005-2007 individua come obiettivi da perseguire nell'erogazione del servizio.

Si tratta di temi quali la partecipazione al processo di cura (D13), la gestione del dolore come elemento di umanizzazione, il paziente come persona e non come caso clinico (D12), ecc.

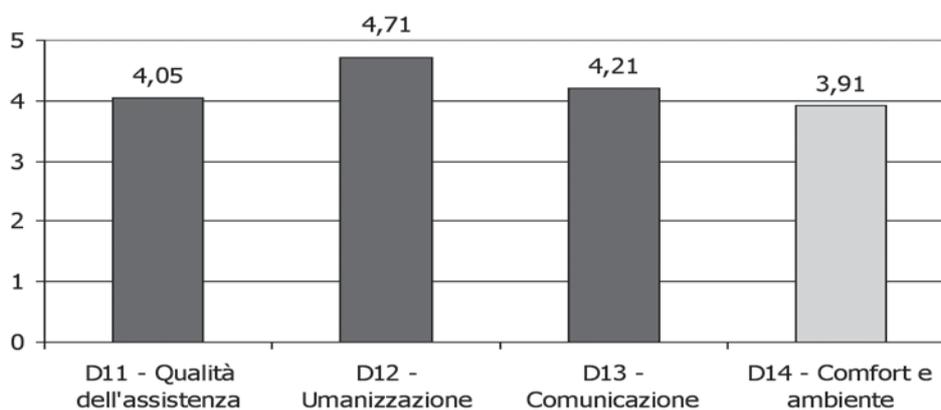


FIG. 26. Valutazione della performance media regionale rilevata dai quattro indicatori che misurano il livello di soddisfazione degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero ordinario. Anno 2006.

Qualità dell'assistenza nel ricovero

L'indicatore D11 misura la qualità dell'assistenza offerta nel corso del ricovero ospedaliero attraverso la percezione che i pazienti hanno avuto di alcuni aspetti strettamente riconducibili all'assistenza. Il punteggio assegnato è stato calcolato partendo dai risultati dell'indagine relativamente a: qualità delle cure prestate, cortesia, gentilezza e accuratezza del personale medico ed infermieristico. L'indicatore tiene conto anche della valutazione che i pazienti hanno dato dell'esperienza complessiva rispetto alle proprie attese iniziali. Chi eroga il servizio non può, infatti, non tenerne conto, dal momento che il paziente che si rivolge ad un ospedale piuttosto che ad un altro ha effettuato una scelta non casuale, ma condizionata da una serie di informazioni in suo possesso – provenienti dalla stessa Azienda erogatrice, da soggetti terzi o maturate sulla base di precedenti esperienze di assistenza [Leister e Stausberg 2007].

Qualità dell'assistenza

- Come valuta la cortesia e la disponibilità del personale medico?
- Come valuta l'accuratezza dell'assistenza sanitaria ricevuta dal personale medico?
- Come valuta la cortesia e la disponibilità del personale infermieristico?
- Come valuta l'accuratezza dell'assistenza sanitaria ricevuta dal personale infermieristico?
- Come valuta complessivamente l'esperienza di ricovero rispetto alle sue aspettative?
- Come valuta complessivamente le cure che le sono state prestate?

FIG. 27. Items utilizzati per la costruzione dell'indicatore D11 – Qualità dell'assistenza nel ricovero.

I valori dell'indicatore mostrano che la performance media regionale degli ospedali toscani è ottima: si tratta di un risultato ampiamente positivo, che riflette quanto accade in tutte le Aziende sanitarie toscane.

Guardando i singoli items si osserva che è negli aspetti relazionali tra personale sanitario e paziente (cortesia e

disponibilità all'ascolto) che si registrano le migliori performance. Altrettanto positive, anche se di poco inferiori, sono le valutazioni date dagli utenti a cui è stato chiesto di confrontare l'assistenza ricevuta con le aspettative nutrite al momento del ricovero.

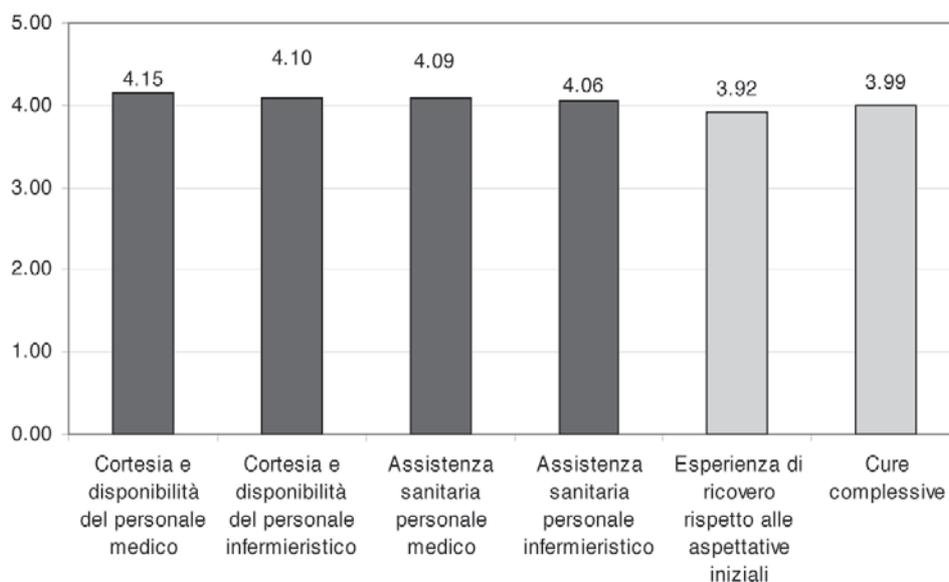


FIG. 28. Valutazione della performance media regionale rispetto ai sei items dell'indicatore D11 – *Qualità dell'assistenza nel ricovero*. Anno 2006.

Umanizzazione nel ricovero

I cittadini che si rivolgono al Sistema sanitario non sono solo pazienti che necessitano di assistenza medica, ma sono in primo luogo persone che hanno bisogno di sentirsi considerate come esseri umani. Da ormai lungo tempo, nell'erogazione delle prestazioni sanitarie si pone l'accento sull'umanizzazione del servizio, inteso appunto come rispetto della persona. Il paziente che si relaziona con il personale sanitario ha bisogno di sentirsi a suo agio nell'esprimere le proprie paure e le proprie ansie, ed è sempre più palese che i medici che si relazionano con i pazienti in modo rassicurante ottengono risultati migliori [Larson, Yao 2005], [Beach *et al.* 2005].

Umanizzazione significa anche aiutare il paziente ad affron-



tare/superare condizioni dolorose: secondo il PSR 2005-2007 «non provare dolore inutile è un diritto di ogni cittadino» e «ogni medico ha il dovere di porre attenzione al dolore manifestato dai propri pazienti, di prendere in carico tale problema, di conoscere i relativi trattamenti per prevenirlo e combatterlo nel modo più adeguato ed efficace»²¹.

È stato dunque costruito un indicatore che fosse in grado di sintetizzare il livello di umanizzazione presente nelle strutture ospedaliere toscane, in termini di empatia tra paziente e chi eroga la prestazione e in termini di controllo del dolore.

I quesiti del questionario dedicati all'empatia e alla gestione del dolore hanno consentito di rilevare l'esperienza concreta dei pazienti attraverso domande dirette e non di soddisfazione. Questa scelta è stata condizionata dalla necessità di riuscire ad avere informazioni più oggettive e chiare in merito ad aspetti così importanti.

I quesiti utilizzati nella costruzione del D12 riguardano la capacità del personale di porre il paziente a proprio agio durante i colloqui, di rispettare la sua privacy, di trattarlo non come un caso clinico, ma come una persona (sub-indicatore *empatia*). A questi si aggiungono inoltre le domande relative alla gestione del dolore (sub-indicatore *gestione del dolore*).

Empatia

- Si è sentito a suo agio nel parlare dei suoi problemi di salute con i medici e gli infermieri?
- Ritiene che le visite e i colloqui sul suo stato di salute con il personale sanitario si siano svolti nel rispetto della riservatezza?
- Durante la sua degenza ha avuto la sensazione di non essere considerato come persona?

Gestione Del Dolore

- 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?

FIG. 29. Items utilizzati per la costruzione dell'indicatore *D12 – Umanizzazione nel ricovero*.

²¹ Piano Sanitario Regionale 2005-2007, p. 25.





Dall'indagine condotta nel 2006 emerge che buona parte dei pazienti dichiarano di aver riscontrato nel servizio un ottimo livello di umanizzazione.



FIG. 30. Struttura dell'indicatore D12 – *Umanizzazione nel ricovero*.

In particolare si osserva un'ottima capacità di gestione del dolore e grande empatia tra paziente e personale sanitario, così come riportato dal grafico.

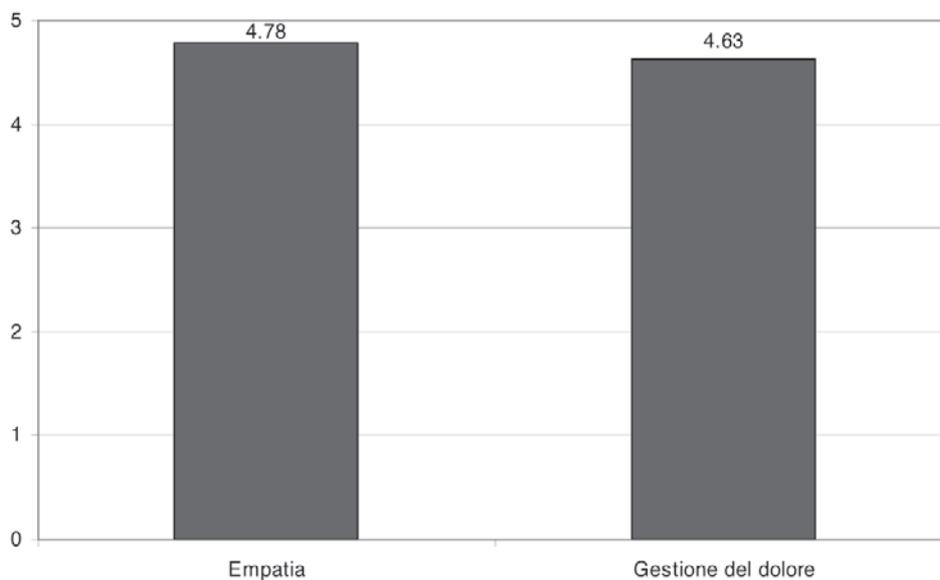


FIG. 31. Valutazione della performance media regionale del livello di umanizzazione nel ricovero ospedaliero misurato attraverso i due sottoindicatori *Empatia* e *Gestione del dolore*. Anno 2006

Il 92% dei pazienti ricoverati presso gli ospedali toscani dichiara di essere stato trattato sempre come una persona, anche se il numero di coloro che la pensano in modo con-





trario varia, a seconda dell'Azienda, dallo 0,74% al 14,21%. Si tratta dunque di risultati positivi che lasciano comunque spazio a margini di miglioramento.

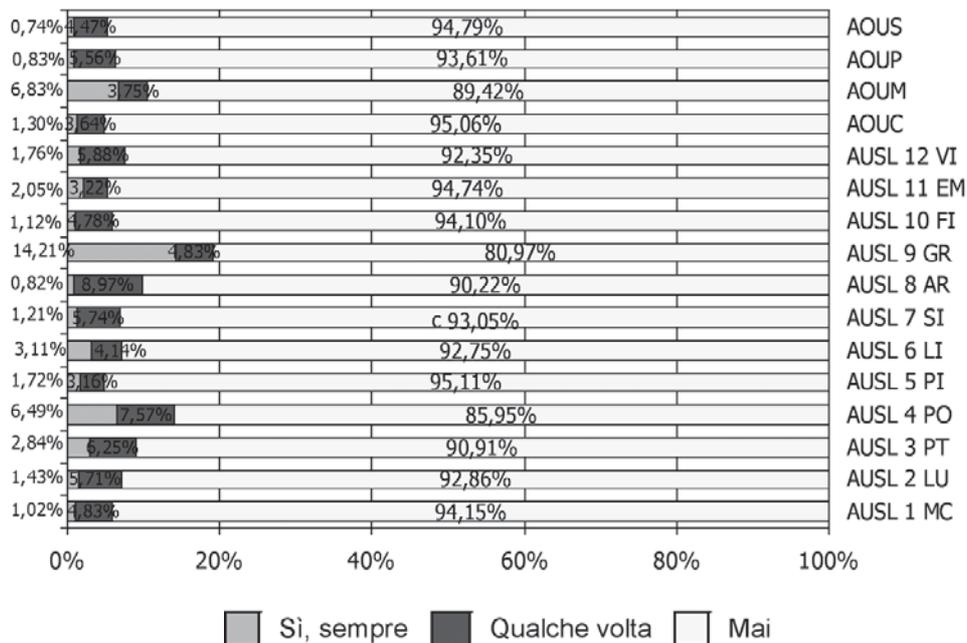


FIG. 32. Come i pazienti ricoverati negli ospedali toscani hanno risposto alla domanda «Durante la sua degenza ha avuto la sensazione di non essere considerato come persona?». Anno 2006

Comunicazione sanitaria

L'indicatore D13 misura la qualità delle informazioni ricevute dal paziente nel corso della degenza e il livello di partecipazione al percorso di cura. Il processo di comunicazione che viene ad instaurarsi tra paziente e chi eroga la prestazione è cruciale per l'intero percorso assistenziale. Affinché il paziente possa sentirsi coinvolto nel processo di cura [Weston 2001], anche nel momento in cui viene dimesso [Kripalani *et al.* 2007], è importante che riceva informazioni chiare e complete e che sia adeguatamente informato sulle sue condizioni di salute e sui trattamenti.

L'indicatore è strutturato in due sub-indicatori, che permettono di analizzare distintamente il livello di informazioni fornite al paziente – a partire dall'ingresso in reparto fino





al momento della dimissione – e il grado di partecipazione assicurato.

Informazioni cliniche

- Come valuta la completezza delle informazioni ricevute al momento del ricovero in ospedale?
- Ritieni di essere stato adeguatamente informato sulle sue condizioni di salute e sui trattamenti necessari?
- Al momento delle dimissioni le sono state fornite informazioni sul comportamento da tenere a casa (farmaci, visite di controllo, alimentazione, ecc.)?

Partecipazione

- Si è sentito coinvolto nelle decisioni relative alle cure e ai trattamenti che la riguardavano?
- Ha ricevuto dai medici informazioni in merito ad eventuali rischi legati alle cure e su eventuali alternative possibili?

FIG. 33. Items utilizzati per la costruzione dell'indicatore D13 – *Comunicazione nel ricovero*.

La valutazione complessiva per il 2006 è molto positiva.



FIG. 34. Struttura dell'indicatore D13 – *Comunicazione nel ricovero*.

Tuttavia, guardando ai risultati delle singole domande, si osserva che, sebbene nella maggior parte dei casi il personale riesca a comunicare in modo chiaro e completo in tutte le fasi dell'assistenza ospedaliera (ingresso, degenza e dimissione), il paziente non si sente sempre partecipe del proprio percorso di cura, mancando in alcuni casi un coinvolgimento continuo nelle decisioni relative ai trattamenti in corso e ai rischi a cui viene esposto.

Tale criticità non emerge chiaramente dalle valutazioni espresse dai due sub-indicatori che, come mostra il grafico, sono ottime.



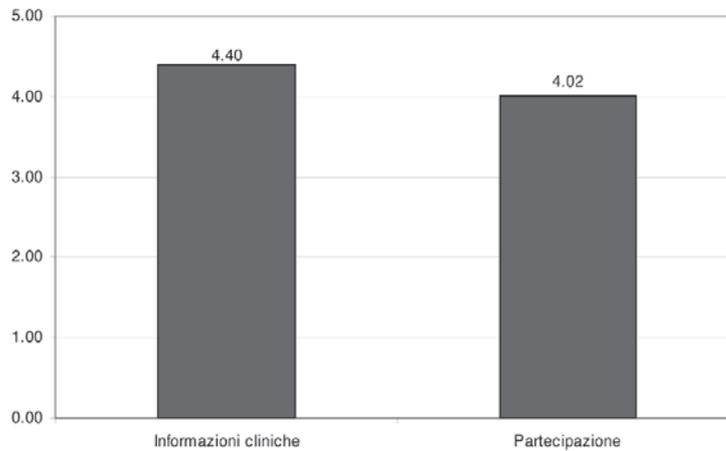


FIG. 35. Valutazione della performance media regionale del livello di comunicazione nel ricovero ospedaliero misurato dai due sottoindicatori *Informazioni cliniche* e *Partecipazione*. Anno 2006.

Occorre infatti guardare i singoli items per osservare, ad esempio, che ben il 73% delle volte il paziente è informato sui rischi legati alle cure e ai trattamenti a cui è sottoposto, ma sono ben 27 su 100 i casi di degenti che dichiarano di non esserlo affatto o di esserlo solo alcune volte. A livello aziendale le percentuali variano notevolmente: ad esempio, i pazienti che non ricevono informazioni sugli effetti delle cure o su eventuali trattamenti alternativi variano dal 13 al 29%.

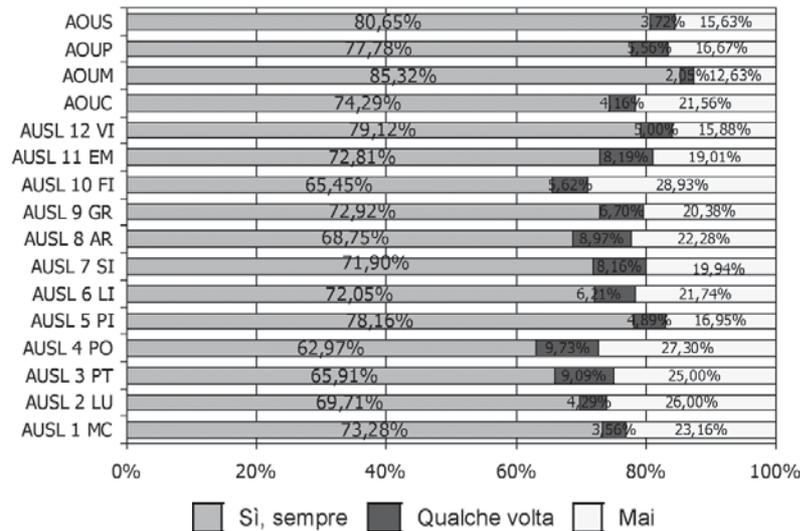


FIG. 36. Come hanno risposto i pazienti ricoverati negli ospedali toscani a cui è stato chiesto se durante la degenza hanno ricevuto informazioni sugli eventuali rischi legati alle cure. Anno 2006.





Comfort e ambiente

Altro aspetto valutato è il comfort e l'ambiente. Il cittadino che riceve assistenza ospedaliera chiede al servizio sanitario non solo prestazioni mediche, ma anche condizioni ambientali adeguate, che gli assicurino una degenza il più possibile confortevole [Ananth 2008]. È stato dunque costruito un indicatore che fosse in grado di monitorare la qualità delle strutture da un punto di vista ambientale e che tenesse conto, ad esempio, di aspetti quali: orario delle visite, pulizia degli spazi, comodità della camera e cibo.

Comfort e Ambiente

- Come valuta l'organizzazione dell'orario delle visite per i familiari?
- Come valuta la pulizia degli spazi messi a sua disposizione durante la degenza?
- Come valuta il comfort della sua camera (letto, temperatura, ecc.)?
- Come valuta la gradevolezza del cibo che le è stato offerto?
- Gli orari di distribuzione del cibo sono stati adeguati alle sue necessità?

FIG. 37. Items utilizzati per la costruzione dell'indicatore *D14 - Comfort e Ambiente nel ricovero*.

Per questi aspetti si registra un livello di soddisfazione abbastanza buono, anche se la valutazione media regionale è tra le più basse rilevate dagli indicatori sul servizio di ricovero.

Le valutazioni date ai singoli aspetti variano: maggiormente critica è la gradevolezza del cibo.

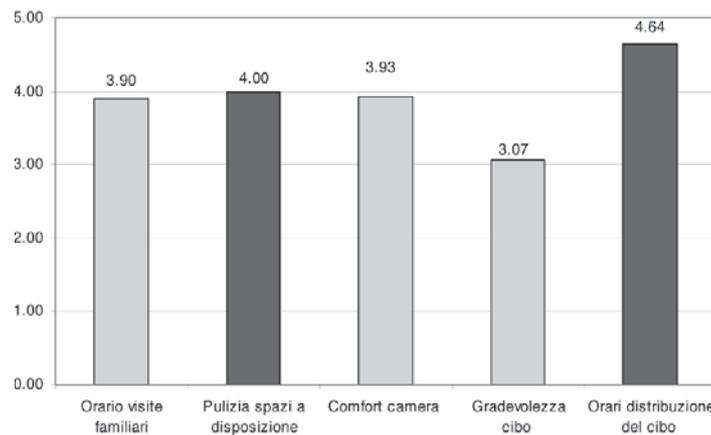


FIG. 38. Valutazione della performance media regionale rispetto ai cinque items dell'indicatore che misura il livello di soddisfazione relativamente al *Comfort e ambiente nel ricovero*. Anno 2006.





In media, poco più della metà del campione dà del servizio un giudizio positivo, per lo più *molto soddisfacente*, mentre il 33,84% valuta il cibo *parzialmente soddisfacente*, l'8,43% *poco soddisfacente* e il 5,24% *per nulla soddisfacente*. A seconda che il ricovero sia avvenuto presso le strutture di un'Azienda o di un'altra, i giudizi possono variare con livelli di soddisfazione positiva complessiva che stanno tra il 41 e il 72%.

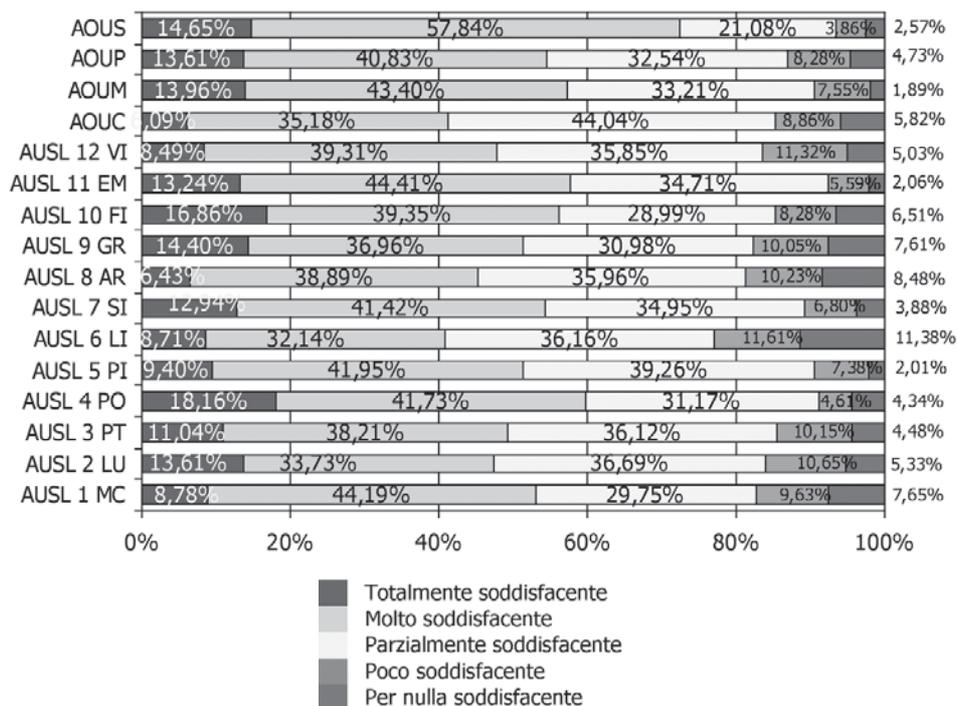


FIG. 39. Come hanno risposto i pazienti ricoverati negli ospedali toscani a cui è stato chiesto di esprimere un giudizio sulla gradevolezza del cibo offerto durante la degenza. Anno 2006.

7. *La valutazione esterna dei servizi di medicina di base, servizi diagnostici e ambulatoriali (Milena Vainieri, Anna Maria Murante)*

I servizi territoriali sono già da tempo al centro del dibattito nei sistemi sanitari. Fin dal 1978 l'OMS promuoveva la Primary Health Care [WHO 1978, 1998]. Le riforme





sanitarie adottate nei principali paesi europei, volte ad aumentare il ricorso ai servizi territoriali, sono molte. Alcuni studi riportano che i sistemi sanitari in cui l'assistenza sanitaria territoriale è maggiormente sviluppata registrano i più alti livelli di salute nella popolazione [Starfield e Shi 2002]. In Italia i servizi dell'assistenza territoriale elencati nei livelli essenziali di assistenza (LEA) sono: assistenza medica di base, assistenza farmaceutica, assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza distrettuale, riabilitazione, assistenza agli anziani, salute mentale e dipendenze.

L'indagine multiscopo dell'ISTAT *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari*, condotta nel 2005, evidenzia un ricorso crescente alle visite mediche da parte dei cittadini italiani: le visite specialistiche sono il 46,4% del totale, con un aumento del 10,5% rispetto al 1999-2000. Inoltre 26,4 cittadini su 100 dichiarano di essersi sottoposti ad esami diagnostici nei quattro giorni precedenti la rilevazione.

Il medico di famiglia risulta essere un punto di riferimento continuo per gli assistiti italiani, che 65,8 volte su 100 si rivolgono a lui per prendere decisioni importanti che riguardano la propria salute. Sono 64,3 su 100 i cittadini che ripongono maggior fiducia nel medico di famiglia, e meno nel medico ospedaliero (13,3%) e nel medico specialista privato (32,1%).

L'indagine telefonica *I cittadini toscani e i servizi territoriali*, condotta nel 2007 dal Laboratorio MeS e rivolta ad un campione di 6.638 cittadini toscani maggiorenni, conferma che i servizi territoriali sono il primo punto di contatto per il cittadino con il sistema sanitario, così come emerge dai risultati²²: il 57,86% degli intervistati ha effettuato una visita specialistica, il 70,36% si è sottoposto ad esami diagnostici, il 93,77% si è rivolto al medico di medicina generale, l'83,89% al pediatra e il 43,98% si è recato presso il distretto²³.

²² I cittadini hanno risposto facendo riferimento all'esperienza vissuta nei 12 mesi precedenti l'intervista.

²³ Le percentuali sono calcolate sul totale dei cittadini che hanno



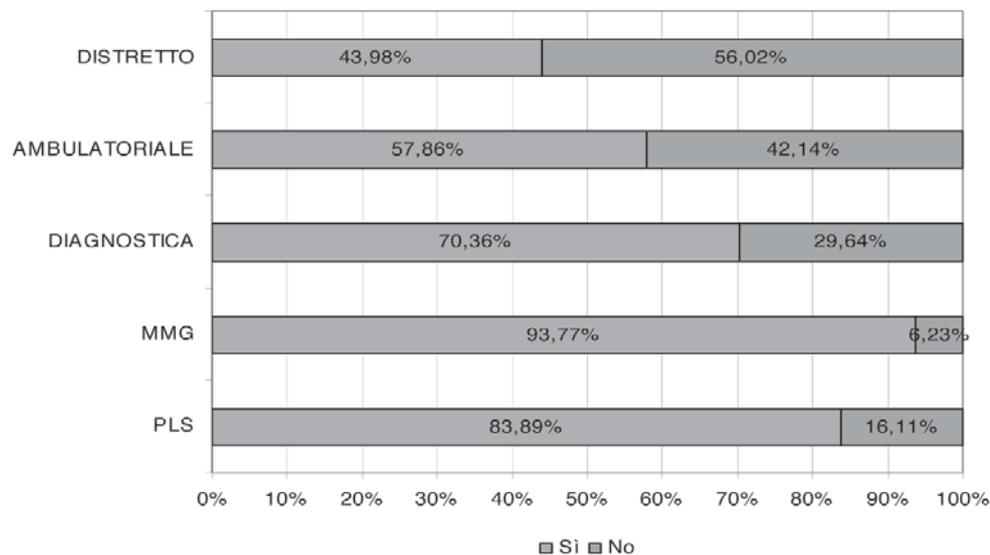


FIG. 40. Come hanno risposto i cittadini toscani a cui è stato chiesto se nei dodici mesi precedenti all'intervista hanno avuto accesso ad uno dei servizi sanitari territoriali. Anno 2007.

I cittadini toscani contattati telefonicamente nel periodo aprile-giugno 2007 hanno raccontato la propria esperienza di utenti dei servizi sanitari territoriali erogati dalle 12 Aziende Sanitarie Locali toscane²⁴.

Per ciascuno di questi servizi il cittadino ha potuto valutare l'organizzazione e i tempi d'attesa, la risposta ai diversi bisogni (informazione, visite domiciliari, continuità assistenziale, ecc.), la gentilezza e la professionalità del personale sanitario, l'ambiente, ecc.

completato le singole sezioni del questionario, ad esempio sono 1.217 i cittadini toscani che hanno dichiarato di avere bambini/ragazzi in casa, ma solo 847 hanno avuto contatti con il pediatra dell'AUSL, nei 12 mesi precedenti alla rilevazione.

²⁴ Nel corso della rilevazione sono stati contattati anche cittadini che hanno usufruito delle prestazioni ambulatoriali e diagnostiche erogate dalle 3 Aziende Ospedaliero-Universitarie della Regione Toscana. Ciò ha permesso di costruire, anche per tali aziende, indicatori di valutazione per questi servizi.





I risultati nel 2007 ottenuti consentono di verificare se ci sono stati cambiamenti nella percezione dei cittadini rispetto alla prima rilevazione telefonica condotta sul tema dell'assistenza territoriale²⁵.

7.1. *Il Campionamento (Fabio Ferretti)*

La popolazione di interesse dell'indagine in oggetto è costituita dai cittadini maggiorenni, residenti nei comuni della Toscana, che ricorrono ai servizi sanitari delle Aziende sanitarie toscane. Il periodo di riferimento, sulla base del quale sono state richieste le valutazioni, è prevalentemente indicativo dei dodici mesi che precedono l'intervista.

Per realizzare le suddette indagini di soddisfazione è stata utilizzata una lista di campionamento costituita dall'elenco dagli abbonati alla telefonia fissa della regione Toscana. Questa lista presenta alcuni limiti rispetto alla popolazione obiettivo, soprattutto in considerazione del fatto che circa l'8% delle famiglie non dispone di telefono fisso, e che negli ultimi anni va registrandosi un incremento del numero di utenti non inclusi negli elenchi telefonici, sia per la presenza di utenze riservate che per l'effetto sostituzione dovuto alla sempre più ampia diffusione dei cellulari.

Tali fattori possono causare la distorsione delle stime, perché affette da errori di copertura. Tuttavia, secondo i risultati dell'analisi delle famiglie con o senza telefono, realizzata dall'Istat in occasione dell'Indagine Multiscopo *Aspetti della vita quotidiana-2001*, per variabili quali lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari non si rilevano comportamenti differenti tra la popolazione senza e con telefono. La mancanza di telefono, cioè, non è correlata con le variabili che caratterizzano lo stato di salute e quindi neppure con il ricorso ai servizi sanitari.

²⁵ La prima edizione dell'indagine sui servizi territoriali è stata condotta in due momenti: nel 2004 la rilevazione ha coinvolto gli utenti delle Aziende Usl di Pistoia, Pisa e Arezzo e dell'Azienda Ospedaliero-universitaria Pisana, mentre nel 2005 gli utenti delle altre Aziende Usl toscane e delle Aziende ospedaliero-universitarie Careggi, Meyer e Senese.





Le indagini di soddisfazione condotte nei tre anni (2004, 2005 e 2007) sono caratterizzate da diversi approcci alla definizione del disegno campionario. Nell'indagine del 2007 è stato progettato un disegno campionario che, stante la popolazione di riferimento, ovvero la popolazione maggiorenne toscana avente il medico curante nella Azienda sanitaria di residenza, avesse come parametro di significatività le Zone-distretto della regione. A tal fine, è stato utilizzato il dato ISTAT relativo alla popolazione residente nei comuni della Toscana riferito al 31 dicembre 2005. I dati comunali sono stati aggregati in relazione alla Zona-distretto di appartenenza. Il disegno campionario è stato strutturato su 34 strati, corrispondenti alle Zone-distretto della Toscana. Sulla base della popolazione allocata nei singoli strati è stata ricavata una numerosità campionaria che, ad un livello di significatività del 95%, fornisce stime riferite alle singole Zone-distretto con una precisione del 7%. La numerosità campionaria progettata è stata pari a 6.642 unità, e per la definizione della numerosità campionaria è stata utilizzata la formula di calcolo per la stima di proporzioni²⁶.

7.2. *Il questionario (Anna Maria Murante e Fabio Ferretti)*

Lo strumento di rilevazione utilizzato a partire dal 2004 per l'indagine di soddisfazione dei cittadini toscani sui servizi di assistenza territoriale, è costituito da un questionario strutturato a risposte chiuse che è stato somministrato ai cittadini toscani mediante la tecnica dell'intervista telefonica.

L'obiettivo della ricerca, consistente appunto nella valutazione della soddisfazione dei cittadini rispetto ai diversi aspetti dell'assistenza territoriale, è stato tradotto in una serie di obiettivi conoscitivi, sulla base dei quali è stato poi costruito il questionario. In particolare nel 2007, gli

²⁶ Vedi Appendice C.





intervistati hanno risposto a quesiti su²⁷:

- medicina di base (medico di famiglia e pediatra di famiglia);
- visite specialistiche;
- esami diagnostici;
- servizi erogati dal distretto;
- assistenza offerta ai malati cronici;
- servizi di informazione;
- alcuni dati anagrafici del rispondente (sesso, età, istruzione, condizione lavorativa).

Il corpo centrale del questionario, escludendo le domande inerenti le notizie sui rispondenti (4) e le domande filtro (14), è composto da 77 quesiti, che rilevano sia fatti e situazioni riguardanti l'esperienza degli intervistati in rapporto ai servizi di assistenza territoriale, sia valutazioni riguardanti alcuni specifici aspetti dell'assistenza ricevuta.

La presenza di quesiti conoscitivi, più che di scale valutative, unitamente al fatto che all'interno di ciascun ambito d'indagine si registra un numero eterogeneo di rispondenti – sezioni che vengono compilate solo a seguito di domande filtro, per cui non tutto il campione si esprime in merito – hanno reso difficile una valutazione dello strumento in termini di consistenza interna e di correlazione inter-item e item totale. In momenti di studio successivi sarà affrontato il tema dello studio delle proprietà del questionario utilizzato per questa classe di indagini.

²⁷ Il questionario somministrato nel 2007 presenta alcune differenze in termini di contenuto rispetto a quello utilizzato nel 2004 e nel 2005: sono state introdotte le sezioni dedicate al servizio di pediatria di libera scelta, all'attività dei distretti e all'assistenza ai malati cronici, con alcune modifiche ai quesiti dedicati ai servizi offerti dall'Ufficio relazioni con il pubblico; mentre non sono stati riproposti i quesiti dedicati ai servizi dello Sportello unico di prevenzione, della sanità pubblica veterinaria, dell'igiene e sanità pubblica, della medicina del lavoro e della medicina legale. Tali modifiche rispondono a specifiche esigenze conoscitive strettamente connesse agli orientamenti strategici regionali.



7.3.Indicatori, determinanti ed esemplificazioni (Milena Vainieri, Anna Maria Murante)

Gli indicatori utilizzati per il monitoraggio dei servizi sanitari territoriali sono:

- Medico di medicina generale (D2.1)
- Pediatra di libera scelta (D2.2)
- Attività ambulatoriale (D3)
- Attività diagnostica (D4)
- Servizi di prevenzione (D5)
- Conoscenza dell'URP (D6)
- Servizi distrettuali (D15)*
- Capacità di informazioni (D16)*

Gli indicatori D2.1, D2.2, D3, D4, D15, dedicati alla medicina di base, attività diagnostico-ambulatoriale e servizi distrettuali traducono in valutazione (scala da 0 a 5) i giudizi espressi dagli utenti intervistati che hanno risposto alla domanda «Come valuta complessivamente il servizio...?». Sebbene la valutazione, e quindi la performance, sia collegata esclusivamente alla percezione della soddisfazione complessiva, ciascun indicatore presenta un secondo livello di analisi in cui si evidenziano le determinanti della soddisfazione complessiva. Si offre in tal modo al management e agli operatori la possibilità di leggere in modo analitico il fenomeno e di individuare gli ambiti di intervento per la promozione di azioni di miglioramento laddove risultasse necessario.

Tra le determinanti della soddisfazione complessiva si individuano items differenti, tutti riconducibili ad aspetti *soft* ed *organizzativi* dell'assistenza: gli aspetti *soft*, caratterizzati da una forte componente intangibile e relazionale, comprendono la comunicazione sanitaria, la gentilezza, la disponibilità e la competenza professionale; gli aspetti *organizzativi* sono caratterizzati da fattori fisici, come la logistica, o da fattori

* Per questi indicatori non è possibile riportare i risultati ottenuti perché in corso di elaborazione durante la stesura di questo testo.



gestionali, come i tempi di attesa, le prenotazioni e la capacità di indirizzo. Uno studio condotto sui risultati del 2005, ha evidenziato che sono i fattori soft ad influenzare maggiormente la soddisfazione complessiva degli utenti [Vainieri 2006].

La valutazione dei cittadini-utenti dei servizi di assistenza territoriale è altamente positiva: i cittadini promuovono a pieni voti i servizi di medicina di base, le visite specialistiche e gli esami diagnostici; in particolare, i cittadini *totalmente* e *molto* soddisfatti sono l'84% dei rispondenti per quanto riguarda la medicina di base, il 76% per i servizi diagnostici e quasi il 70% per le attività specialistiche.

A queste percentuali di soddisfazione corrispondono performance regionali molto positive (figura 41).

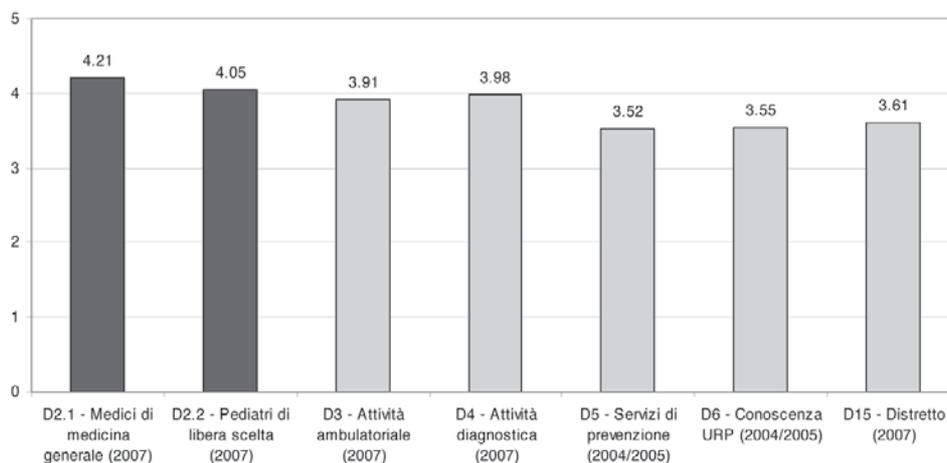


FIG. 41. Valutazione della performance media regionale rilevata dai sette indicatori che misurano il livello di soddisfazione dei cittadini rispetto ad alcuni servizi sanitari territoriali. (D2.1, D2.2, D3, D4 e D15, Anno 2007) (D5 e D6, Anno 2004/2005).

Medicina di base

L'indicatore dedicato alla medicina di base è la sintesi di due sub-indicatori volti a misurare la performance dei





medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta attraverso l'esperienza diretta dei cittadini²⁸.

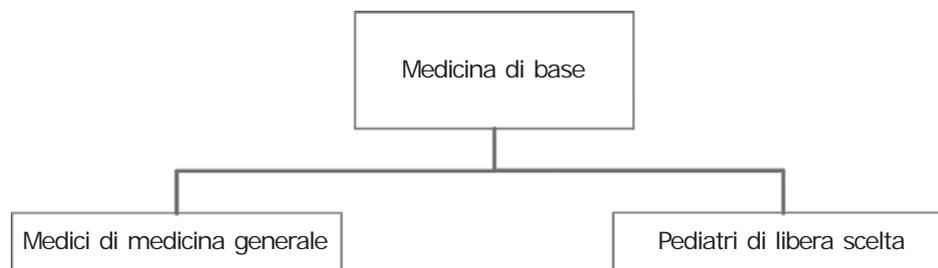


FIG. 42. Struttura dell'indicatore D2 – *Medicina di base*.

I cittadini toscani giudicano positivamente l'assistenza ricevuta dalle due categorie professionali, al punto da esprimere nei loro confronti le valutazioni più alte rispetto ai servizi territoriali indagati nel 2007 con l'indagine *I cittadini toscani e i servizi territoriali*: per entrambe le figure professionali si registra una performance ottima, migliore per i medici di famiglia – con un punteggio di 4,21 rispetto al 4,05 assegnato ai pediatri.

Le osservazioni che si possono fare rispetto a questo risultato sono molteplici. I medici e i pediatri di famiglia sono sicuramente il punto di contatto più frequente che i cittadini hanno con il servizio sanitario, e questo permette che tra medico e assistito si instauri un rapporto continuativo, e non occasionale, sempre più costruito sulla fiducia [Jones 1996], una fiducia fondata sulla professionalità e disponibilità del medico, sulla sua capacità di coinvolgere il paziente nel processo di cura attraverso una comunicazione chiara e partecipata dallo stesso paziente e sulla capacità di supportarlo anche in percorsi complessi che richiedono il ricorso a visite specialistiche o all'assistenza ospedaliera.

²⁸ Nel 2005 lo stesso indicatore esprimeva soltanto la performance dei medici di medicina generale.

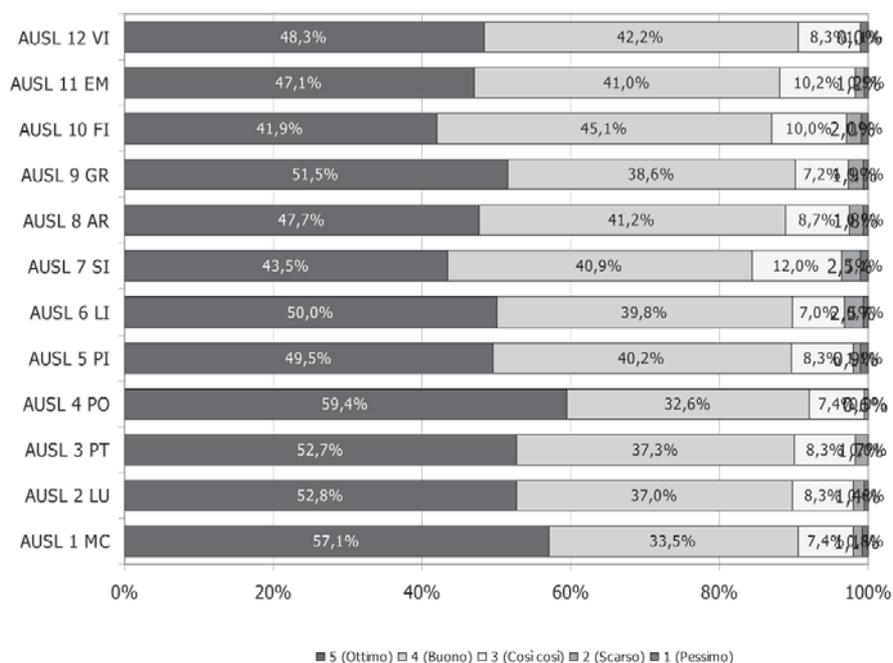


Medici di medicina generale

Il sub-indicatore D2.1 riporta la percezione che i cittadini hanno del servizio offerto dai medici di famiglia: la valutazione traduce in una scala da 0 a 5 il livello di soddisfazione espresso dai cittadini a cui è stata posta la domanda «Come valuta complessivamente il servizio che riceve dal suo medico di famiglia?».

Nei grafici che seguono si riporta la distribuzione delle percentuali di soddisfazione per le Aziende che hanno partecipato all'indagine nel 2007 e nel 2005: il livello di soddisfazione complessiva migliora per tutte le Aziende sanitarie e i giudizi espressi dai cittadini appaiono più omogenei tra le stesse, con pochissime eccezioni.

L'indicatore permette una lettura approfondita del fenomeno, offrendo una valutazione del servizio che tiene conto anche delle determinanti della soddisfazione complessiva: il tempo dedicato durante le visite ambulatoriali, la qualità delle informazioni fornite, la gentilezza e la professionalità del medico, il grado di coinvolgimento del paziente nei percorsi di cura, ecc. [Carlsen e Aakvik 2006; Williams e Calnan 1991].



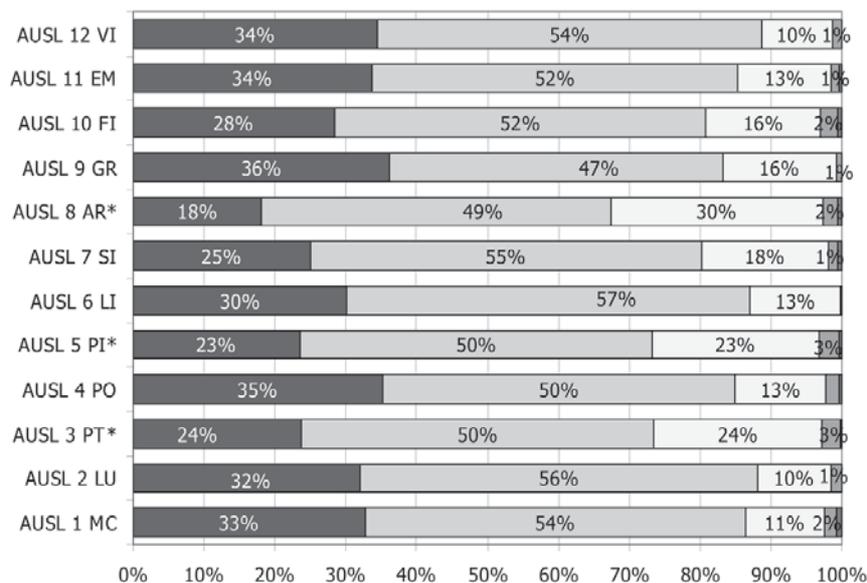


FIG. 43. Come hanno risposto i cittadini toscani a cui è stato chiesto di esprimere un giudizio sul servizio offerto dal proprio medico di famiglia. Anno 2007 (primo grafico) e Anno 2004/2005 (secondo grafico). (Per le AUSL contrassegnate da un * la rilevazione è avvenuta nel 2004).



Il servizio offerto dai medici di medicina generale

- Negli ultimi 12 mesi quando ha chiesto al medico di famiglia di venire a casa a visitarla, è venuto?
- L'ultima volta che è stato visitato dal suo medico, secondo lei le spiegazioni che le ha dato sono state chiare?
- L'ultima volta che è stato visitato dal suo medico di famiglia quanto tempo le ha dedicato per discutere dei suoi problemi di salute?
- Pensa di essere stato coinvolto nelle decisioni prese dal medico durante quell'incontro? (esami, visite specialistiche, prescrizione medicinali)
- Da 1 a 5, quanto è gentile e disponibile all'ascolto il suo medico di famiglia?
- Da 1 a 5, quanto è competente e professionale il suo medico di famiglia?

FIG. 44. Items utilizzati a supporto dell'indicatore D2.1 –Medici di medicina generale.

Come mostra il grafico, la performance dei medici di famiglia è positivamente condizionata dalla disponibilità degli stessi ad effettuare visite a domicilio, dalla gentilezza

