



del medico, dalla sua disponibilità ad ascoltarli, e dal livello di partecipazione che viene loro assicurato durante le visite. Seppur i giudizi espressi dai cittadini intervistati siano positivi, non sempre il tempo che il medico di famiglia dedica agli assistiti durante i colloqui risulta sufficiente. La percezione che i pazienti hanno della durata dei colloqui in alcuni casi può condizionare fortemente il livello di soddisfazione complessiva, più della durata reale [Cape 2002].

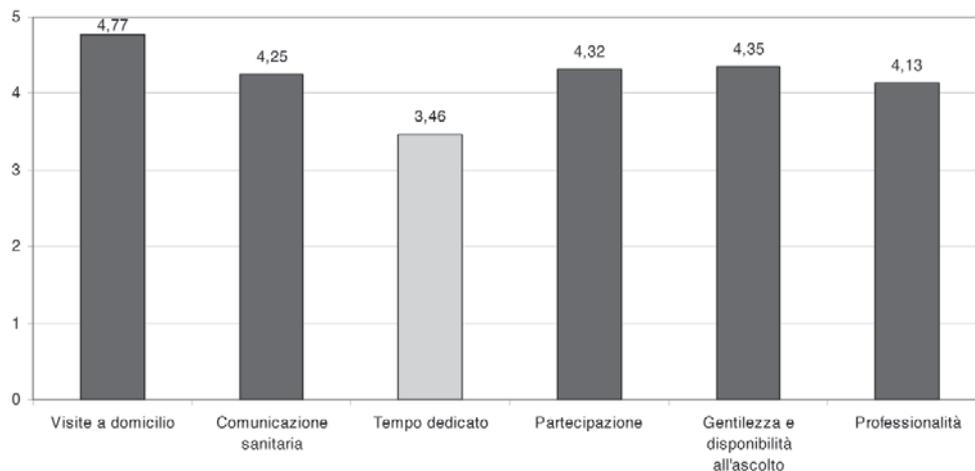


FIG. 45. Valutazione della performance media regionale rispetto ai sei items scelti per monitorare l'attività dei *Medici di medicina generale*. Anno 2007.

## Pediatria di libera scelta

Il servizio offerto dai pediatri di libera scelta è monitorato attraverso l'indicatore D2.2. I cittadini toscani che si rivolgono ai pediatri della Azienda Usl per l'assistenza sanitaria dei propri figli alla domanda «Come valuta complessivamente il servizio che riceve dal suo pediatra di famiglia?» hanno risposto dando valutazioni medie ottime.

Come mostra il grafico di benchmarking (figura 46), tali valutazioni possono variare da Azienda ad Azienda e in alcuni casi anche in modo evidente. Tale eterogeneità rende il confronto utile, dimostrando la presenza di margini di miglioramento per quelle realtà in cui i cittadini non sono particolarmente soddisfatti dell'assistenza garantita.



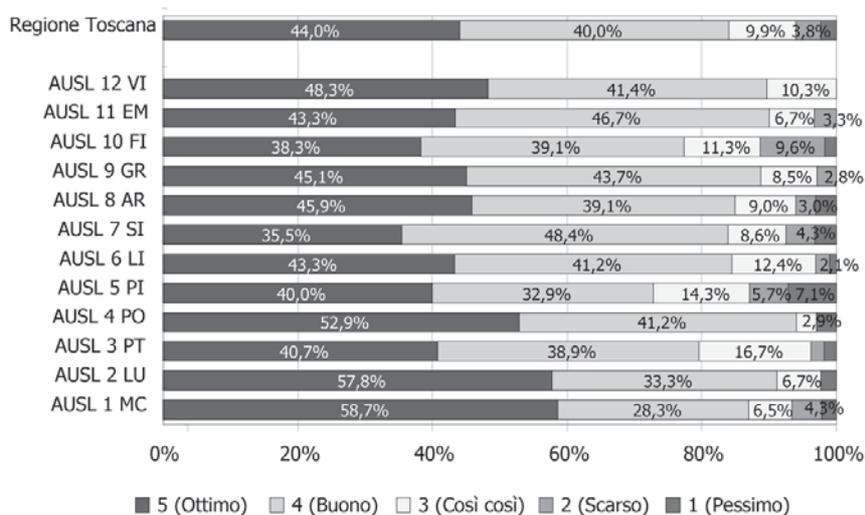


FIG. 46. Come hanno risposto i cittadini toscani a cui è stato chiesto di esprimere un giudizio sul servizio offerto dal proprio pediatra di famiglia. Anno 2007.

Come per l'indicatore precedente, il D2.2 offre un secondo livello di valutazione, portando l'attenzione su specifici aspetti dell'assistenza: l'organizzazione dell'ambulatorio, la tempestività di risposta e la disponibilità del medico ad effettuare visite a domicilio, la comunicazione, la gentilezza e la professionalità del pediatra.

In particolare, i quesiti sulla capacità di risposta ai bisogni degli assistiti nelle 24 ore e della disponibilità del medico ad effettuare le visite a domicilio sono stati introdotti per monitorare l'effettiva applicazione dell'accordo regionale 2007, sottoscritto con i pediatri di libera scelta.

#### Il servizio offerto dai pediatri di libera scelta

- Da 1 a 5, come valuta l'organizzazione dell'ambulatorio del suo pediatra?
- L'ultima volta che ha avuto bisogno del suo pediatra ha ricevuto una risposta entro le 24 ore?
- Negli ultimi 12 mesi quando ha chiesto al suo pediatra di venire a casa a visitare il suo bambino, è venuto?
- Secondo lei le spiegazioni che il suo pediatra le da sono chiare? (riguardo la salute di suo figlio/le medicine da prendere/esami da effettuare)
- Da 1 a 5, quanto il suo pediatra è gentile e disponibile all'ascolto?
- Da 1 a 5, quanto è competente e professionale il suo pediatra?

FIG. 47. Items utilizzati a supporto dell'indicatore D2.2 – *Pediatria di libera scelta*.



Attraverso la lettura di questo indicatore è possibile non solo scoprire che i cittadini toscani definiscono ottima la performance dei pediatri di famiglia, ma anche che tale valutazione è positivamente influenzata dalla professionalità e gentilezza del medico, nonché della sua capacità di rispondere ai bisogni di cura dei bambini entro le 24 ore e dal livello di comunicazione offerto. Sempre buona, ma più bassa, è invece la percezione che i genitori toscani hanno dell'organizzazione dell'ambulatorio e della disponibilità del pediatra ad effettuare visite a domicilio (vedi figura 48).

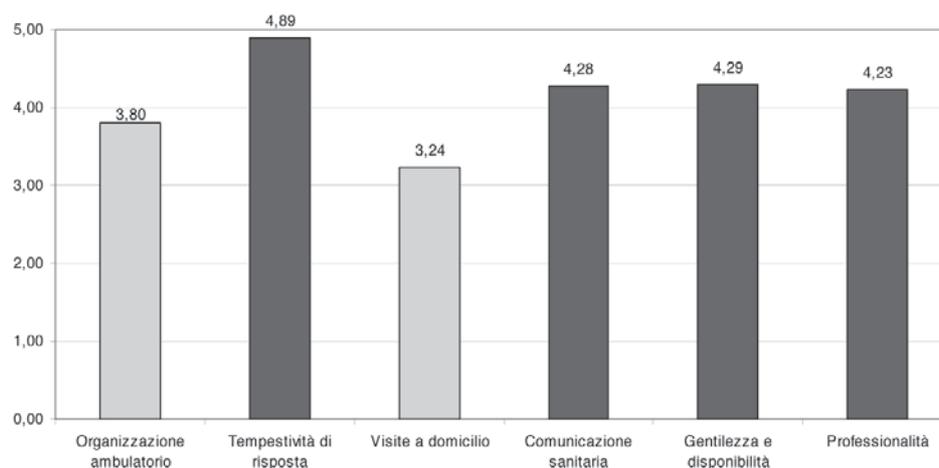


FIG. 48. Valutazione della performance media regionale rispetto ai sei items scelti per monitorare l'attività dei *Pediatri di libera scelta*. Anno 2007.

### Attività ambulatoriale

Alle visite specialistiche, per le quali nel 2006 si è registrato un tasso di prestazione pari a 1.799 per 1000 abitanti<sup>29</sup>, è stato dedicato un indicatore col quale rilevare la percezione complessiva che gli utenti hanno del servizio, e anche la valutazione di alcuni aspetti specifici, quali: l'organizzazione dell'ambulatorio, la qualità delle informazioni ricevute, la gentilezza e professionalità del professionista.

Il 57,86% dei cittadini intervistati nel 2007, che hanno

<sup>29</sup> Fonte: Flusso SPA Regione Toscana, anno 2006.



dichiarato di aver effettuato una visita specialistica nel corso dell'ultimo anno, ha avuto una percezione molto buona del servizio offerto, che migliora rispetto a quella registrata nella precedente rilevazione.

Come mostra la figura 53, a livello regionale oltre il 33,6% degli intervistati valuta il servizio ottimo, il 46,9% buono, mentre il restante 19,5% lo valuta negativamente. La valutazione cambia da Azienda ad Azienda, con chiari casi di best practice che suggeriscono prospettive di miglioramento a realtà con performance peggiori.

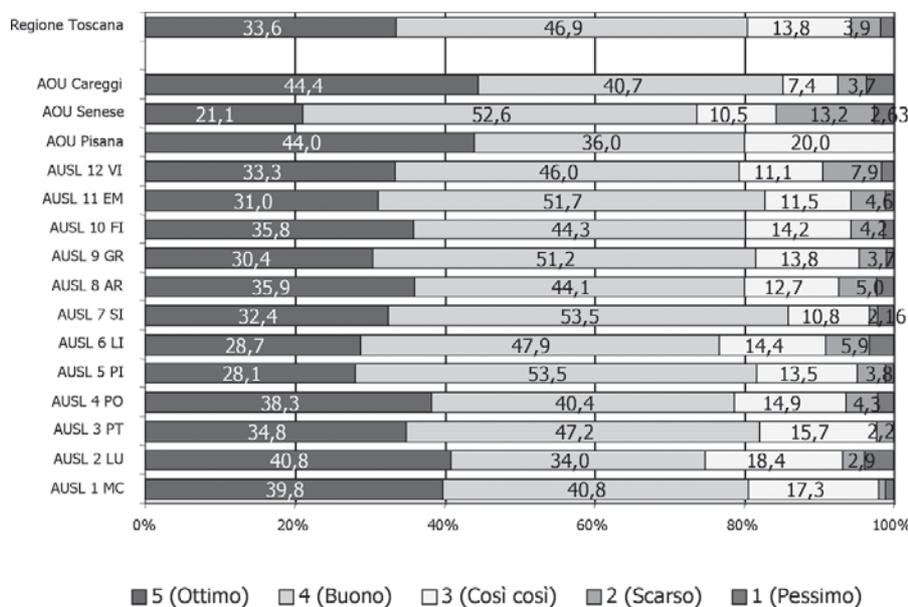


FIG. 49. Come hanno risposto i cittadini toscani a cui è stato chiesto di esprimere un giudizio sull'attività ambulatoriale a cui hanno avuto accesso. Anno 2007.

#### Attività ambulatoriale

- Da 1 a 5, come valuta l'organizzazione dell'ambulatorio dello specialista?
- Secondo lei le spiegazioni che lo specialista le ha dato sono state chiare?
- Da 1 a 5, quanto è stato gentile e disponibile all'ascolto lo specialista?
- Da 1 a 5, quanto è stato competente e professionale lo specialista?

FIG. 54. Items utilizzati a supporto dell'indicatore D3 – Attività ambulatoriale.



Anche le valutazioni assegnate ai singoli aspetti del servizio che sono stati monitorati nel corso dell'indagine sono positive, con alcune differenze tra aspetti soft e aspetti organizzativi: la percezione che i pazienti hanno dell'assistenza offerta dal professionista (performance ottima) è migliore di quella che hanno dell'organizzazione del servizio (performance buona). Il management potrebbe dunque intervenire sull'organizzazione del servizio, affrontando anche il problema delle liste d'attesa: dalla stessa indagine è emerso infatti che, una volta prenotata la visita specialistica, 45 cittadini su 100 attendono oltre 30 giorni prima di ricevere la prestazione.

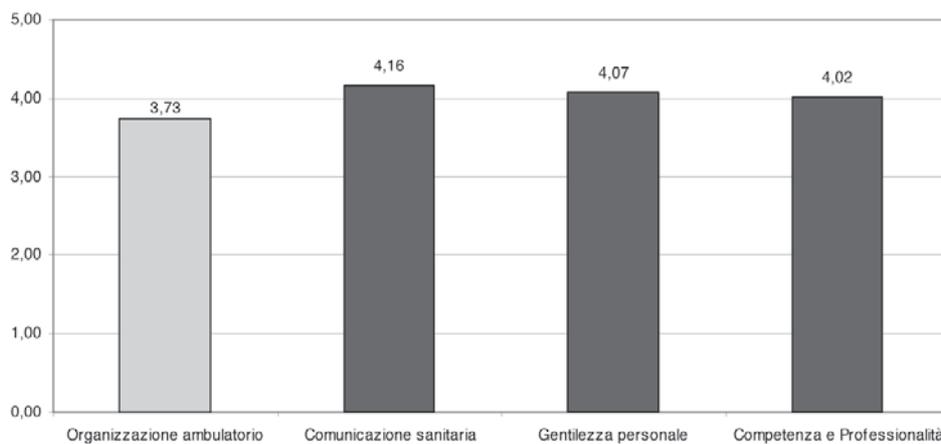


FIG. 51. Valutazione della performance media regionale rispetto ai quattro items scelti per monitorare l'Attività ambulatoriale. Anno 2007.

### Attività diagnostica

La scelta di inserire nel Sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane un indicatore dedicato alla percezione che i cittadini hanno dei servizi diagnostici offerti dalle Aziende sanitarie è sicuramente giustificata dai volumi delle prestazioni: la regione Toscana eroga infatti circa 12.936 prestazioni per 1000 abitanti all'anno<sup>30</sup>. Si tratta dunque di servizi a cui una parte dei cittadini accede frequentemente.

<sup>30</sup> Fonte: Flusso SPA Regione Toscana, anno 2006.





Il 70,36% dei cittadini intervistati che hanno dichiarato di aver effettuato esami diagnostici<sup>31</sup> nei 12 mesi precedenti all'intervista, giudica il servizio ottimo e buono nell'87,7% dei casi. La performance a livello regionale è dunque quasi ottima.

Come per la specialistica, l'analisi di benchmarking evidenzia alcune differenze tra le singole realtà erogatrici del servizio. Attingendo a tali informazioni i soggetti coinvolti nella gestione possono osservare quali sono i margini di miglioramento a cui aspirare attuando interventi mirati.

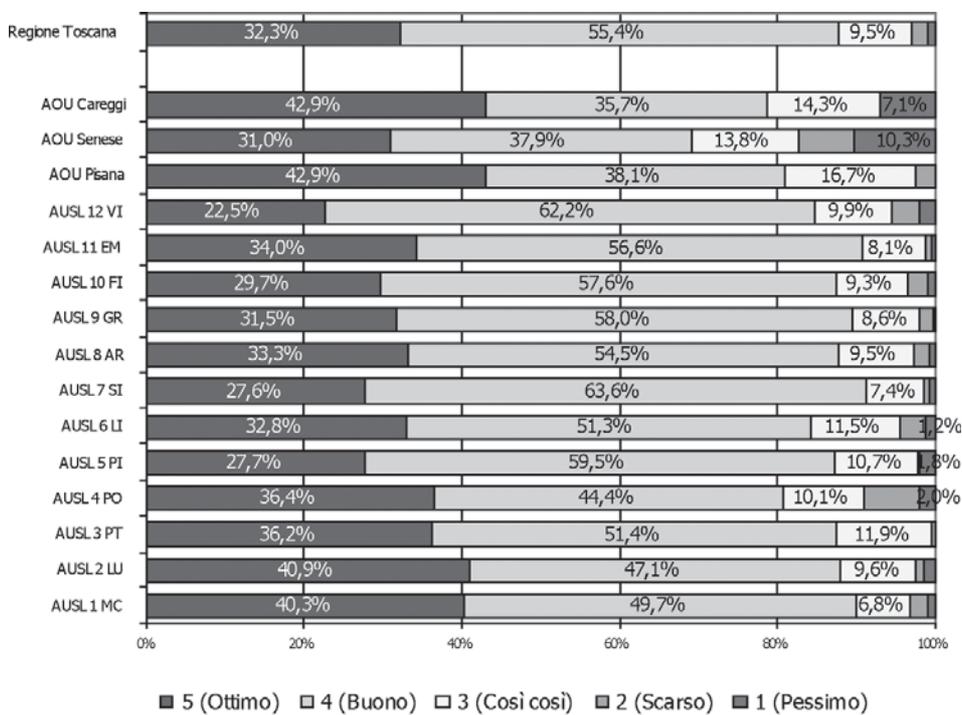


FIG. 52. Come hanno risposto i cittadini toscani a cui è stato chiesto di esprimere un giudizio sull'assistenza ricevuta in occasione prestazione diagnostica di cui hanno usufruito. Anno 2007.

<sup>31</sup> Non si riferisce ad esami diagnostici effettuati durante ricoveri ospedalieri o donazioni del sangue.





#### Attività diagnostica

- Da 1 a 5, quanto è stato gentile e disponibile il personale?
- Da 1 a 5, quanto è stato competente e professionale il personale?

FIG. 53. Items utilizzati a supporto dell'indicatore D4 – *Attività diagnostica*.

L'indicatore offre inoltre informazioni sulla performance del personale che interagisce con gli assistiti nel corso della prestazione diagnostica. La valutazione mostra che i cittadini intervistati hanno una percezione della disponibilità e professionalità di tali figure (performance ottima) superiore a quella che hanno del servizio complessivo (performance buona).

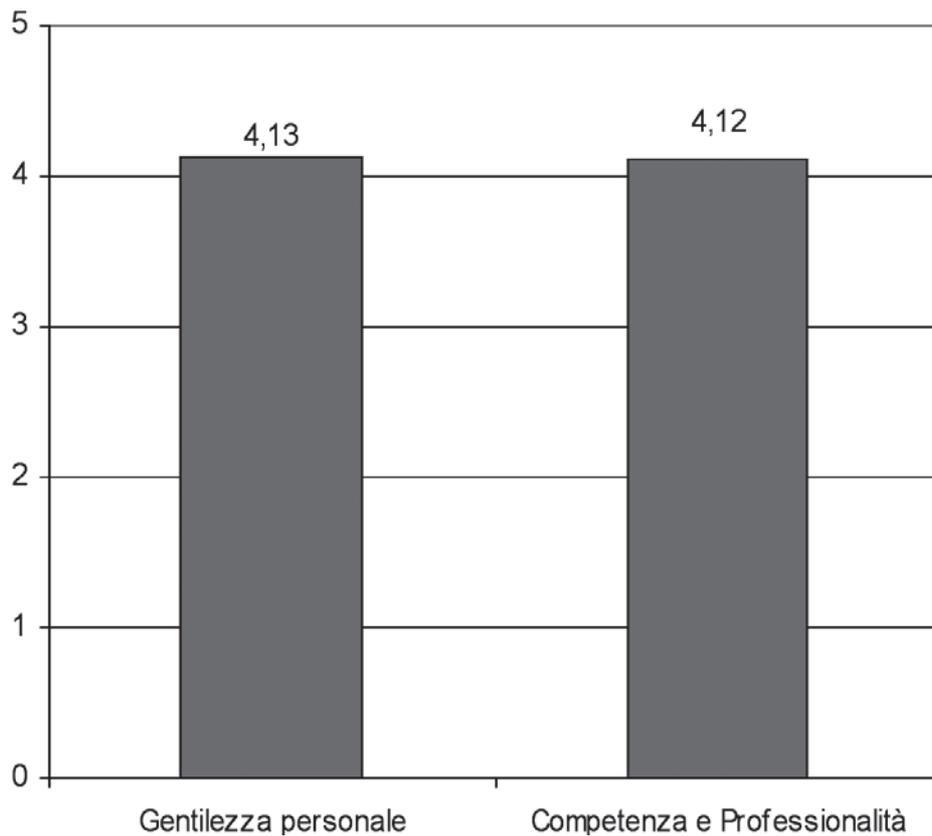


FIG. 54. Valutazione della performance media regionale rispetto ai due items scelti per monitorare l'*Attività diagnostica*. Anno 2007.





## Servizi di prevenzione<sup>32</sup>

L'indicatore relativo ai servizi di prevenzione è accompagnato da un campanello per segnalare agli utilizzatori del Sistema di valutazione che il numero di utenti che si sono espressi sull'argomento è in alcuni casi basso, non garantendo la significatività statistica ipotizzata nella progettazione del campione.

La scelta di monitorare i servizi di prevenzione ricorrendo alla percezione dei cittadini è stata ampiamente condivisa con alcuni direttori dei dipartimenti della prevenzione aziendali e regionali, che hanno accolto con interesse ed entusiasmo la misurazione della performance attraverso il punto di vista degli utenti, partecipando attivamente alla costruzione delle domande da somministrare.

Orientate all'utente finale, le domande poste ai cittadini hanno cercato di monitorare quei servizi più vicini e visibili al cittadino, come ad esempio l'anagrafe canina oppure i servizi di prevenzione delle malattie infettive (ad es. attraverso l'offerta di vaccinazioni), di prevenzione dei rischi sanitari, ecc.

L'indicatore sui servizi di prevenzione è il risultato della media delle valutazioni espresse dagli utenti sui cinque servizi di prevenzione indagati:

- Sportello unico di prevenzione (SUP)
- Igiene e sanità pubblica e degli alimenti e nutrizione (ISPAN)
- Prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro (PI-SLL)
- Sanità pubblica veterinaria (SPV)
- Medicina Legale

Dall'indagine, emerge che il livello di conoscenza dei servizi di prevenzione nella collettività è medio-basso: il servizio più conosciuto è quello di medicina legale, dove in media 45 cittadini su 100 affermano di conoscerlo, seguito dai servizi di igiene, salute pubblica e alimenti e nutrizione (39%), dal

<sup>32</sup> L'indicatore è aggiornato al 2005, poiché nel 2007 servizi di prevenzione non sono stati oggetto di monitoraggio.





PISLL (36%) ed infine dai servizi della veterinaria (26%). Lo Sportello Unico della Prevenzione è invece conosciuto da meno di 20 cittadini su 100: quello che dovrebbe essere la prima interfaccia per l'utente ed orientarlo fra i servizi, è invece il servizio meno conosciuto. Questo è dovuto alla sua recente istituzione.

In media la soddisfazione espressa dai cittadini per questo tipo di servizi è inferiore di quella espressa per gli altri servizi territoriali: aumentano le risposte *poco* o *per nulla soddisfacente*, anche se occorre ricordare che le osservazioni registrate per questi items sono molto poche.



FIG. 55. Struttura dell'indicatore D.5 – Servizi di prevenzione

#### **Sportello unico prevenzione (SUP)**

- Come valuta la cortesia del personale del S.U.P.?
- Come valuta l'utilità del S.U.P. nel fornire le informazioni?
- Come valuta l'utilità del S.U.P. per accedere ai servizi di prevenzione?

#### **Sanità pubblica veterinaria (SPV)**

- Complessivamente come valuta tale servizio?

#### **Igiene e sanità pubblica e degli alimenti e nutrizione (ISPAN)**

- Come valuta la completezza e la chiarezza delle risposte che le hanno fornito riguardo i Suoi quesiti?

#### **Prevenzione, Igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro (PISLL)**

- Come valuta complessivamente il servizio di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro?

#### **Medicina Legale**

- Come valuta complessivamente tali servizi offerti dalla Medicina Legale?

FIG. 56. Items utilizzati a supporto dell'indicatore D5 – Servizi di prevenzione.





Il servizio con il maggior numero di insoddisfatti (poco o per nulla), è quello della Medicina Legale (figura 57).

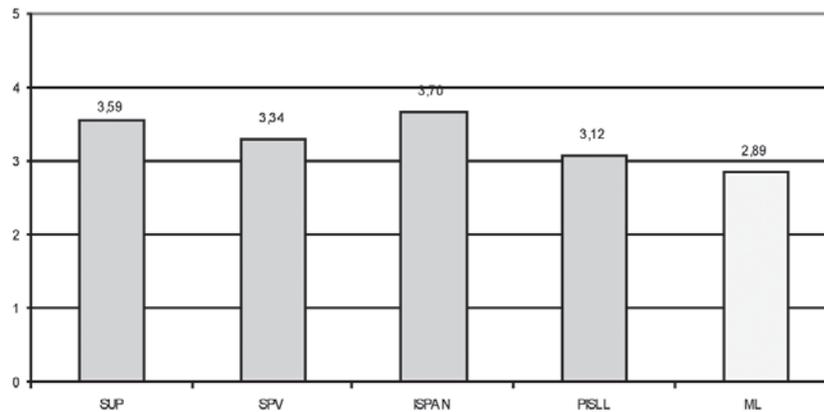


FIG. 57. Valutazione della performance media regionale rispetto ai cinque sottoidicatori che misurano il livello di soddisfazione per i servizi di prevenzione. Anno 2004/2005.

### Conoscenza dell'URP<sup>33</sup>

L'URP dovrebbe assicurare al cittadino il diritto di informazione, di accesso e di partecipazione (L. 241/90 e successive modificazioni); agevolare l'accesso ai servizi; monitorare, con l'aiuto dei cittadini e degli utenti, la qualità dei servizi e il loro gradimento (L. 150/2000, Circolare Ministero Sanità 100/SCPS/3 5697 del 31/10/1991)

L'URP è dunque uno sportello dedicato al cittadino al fine di orientarlo fra i servizi offerti dall'Azienda sanitaria.

Nel 2005 alla domanda «È a conoscenza dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) presso l'ASL?», in media solo il 27% dei cittadini toscani risponde in modo affermativo.

<sup>33</sup> L'indicatore è aggiornato al 2005, poiché nel 2007 servizi di prevenzione non sono stati oggetto di monitoraggio.



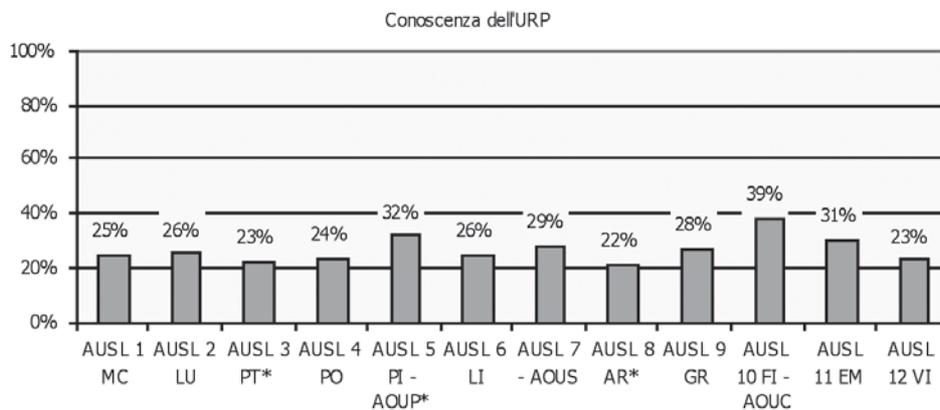


FIG. 58. Distribuzione percentuale dei cittadini toscani che dichiarano di conoscere l'URP. Anno 2004/2005.

Le differenze fra le aziende sono statisticamente significative ( $p < 0,001$ ), il che fa pensare che ci possono essere state delle politiche di comunicazione diverse fra le Aziende.

Si è ritenuto di attribuire il dato sulla conoscenza dell'URP espressa dai cittadini residenti nelle Aziende territoriali dell'AUSL di Pisa, Siena e Firenze anche alle Aziende ospedaliero-universitarie presenti nel loro territorio.

Questo indicatore quindi può fornire una serie di informazioni utili ai fini gestionali: aiuta a ripensare alle politiche di comunicazione e di informazione, andando ad analizzare i dati non solo in modo autoreferenziale, ma confrontandoli soprattutto con quanto emerge per le aziende che registrano livelli di conoscenza dell'URP più elevati.

L'indicatore aiuta inoltre ad interpretare alcuni dati e fenomeni interni alle Aziende, quali ad esempio il numero di reclami o di segnalazioni. Conoscere la percentuale di cittadini che è a conoscenza dell'istituzione dell'URP presso la propria AUSL di residenza evidenzia quale può essere la domanda potenziale di questo servizio.





8. *L'esperienza dei focus group ai pazienti per la valutazione del percorso oncologico del colon retto*<sup>34</sup>  
(Manuela Furlan)

I tumori rappresentano la seconda causa di morte in Toscana dopo le malattie cardio-vascolari e la prima causa di morte nella età centrale della vita. Si diagnosticano in Toscana oltre 18.000 casi l'anno ed i pazienti affetti da tumore in Toscana sono stimati in circa 80.000 casi<sup>35</sup>. Data l'importanza di questa patologia, la Regione Toscana si è trovata a gestire un fenomeno sociale di rilevanti proporzioni e a dover rispondere ad un bisogno assistenziale complesso, con un alto impatto emotivo oltre che economico, e che deve possedere, nella sua programmazione, caratteristiche di:

- tempestività ed omogeneità;
- elevata integrazione professionale;
- appropriatezza e qualità diffusa;
- percorsi assistenziali condivisi caratterizzati dalla presa in carico e dalla continuità di cura;
- disponibilità di strutture d'eccellenza per gestire i casi con accessi guidati che tengano conto della peculiarità della domanda e della razionalizzazione dei livelli di appropriatezza dell'offerta.

La delibera del 1998 (CRT 18, 3 febbraio 1998) in termini cronologici è il primo riferimento normativo regionale che regola il settore oncologico e che prevede un'azione coordinata alla «lotta contro i tumori e l'assistenza oncologica».

<sup>34</sup> I focus group nell'ambito del percorso oncologico sono stati realizzati sotto la direzione scientifica della Prof.ssa Sabina Nuti, dal gruppo di ricerca composto dai ricercatori del Laboratorio Management e Sanità Manuela Furlan, Milena Vainieri, Lucilla Carta e da Anna Emanuela Tangolo, psicologa e psicoterapeuta che ha condotto i focus ai pazienti. In particolare, la dottoressa Milena Vainieri ha curato gli aspetti del reclutamento dei pazienti che hanno preso parte ai focus group ed ha coordinato i focus dell'indagine pilota alle aziende AUSL 3 Pistoia, AUSL 5 Pisa, AUSL 8 Arezzo, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana.

<sup>35</sup> Bollettino Ufficiale della Regione Toscana, n. 35, 27.08.2003.





Nella delibera si introduce il concetto di *rete* dei servizi per l'oncologia, si stabilisce l'organizzazione dei Dipartimenti Oncologici in ogni Azienda Sanitaria e si individua nei Centri Oncologici di Riferimento Dipartimentale (C.O.R.D.) l'accesso al sistema di diagnosi e cura dei tumori.

Il CORD nel 1998 rappresenta, a livello aziendale, il punto di accesso alle prestazioni della rete oncologica regionale. A questa rete afferiscono una serie di competenze multidisciplinari. Il CORD è stato dunque creato con la finalità di assicurare la presa in carico del paziente con diagnosi tumorale (certa o sospetta) e di garantirgli una valutazione multidisciplinare del suo problema di salute organizzando per lui un programma diagnostico, terapeutico e di follow up personalizzato sulla base di standard medici e linee guida.

Il CORD ha fra i suoi compiti:

1. Informare l'utenza sui servizi della rete oncologica;
2. Organizzare le visite collegiali multidisciplinari;
3. Programmare e prenotare le procedure diagnostiche e/o terapeutiche nelle strutture dell'Azienda sanitaria;
4. Effettuare controlli nella fase terapeutica e di follow up;
5. Essere punto di riferimento con le altre strutture regionali e le altre articolazioni assistenziali come il CORAT (Centro Oncologico Riferimento Assistenza Territoriale).

Nel 1999 il Consiglio Regionale rafforza l'azione programmata dalla precedente delibera e prevede fra i suoi principi guida la centralità del paziente nell'attuazione delle iniziative di prevenzione e di assistenza oncologica ed il coordinamento e l'integrazione degli interventi in ambito regionale attraverso la previsione di un livello organizzativo nel quale ogni struttura ospedaliera agisce all'interno di una rete oncologica regionale.

Nel 2000, accogliendo il decreto ministeriale n. 329 del maggio 1999, il Consiglio Regionale prevede «l'esenzione dalla partecipazione alla spesa per i soggetti affetti da pa-





tologie neoplastiche maligne» e in questo modo predispone la gratuità di tutte le prestazioni comprese nel livello di assistenza della specialistica ambulatoriale nei primi 5 anni dalla diagnosi<sup>36</sup>.

Il Piano Sanitario Regionale 2002-2004 conferma il modello organizzativo toscano come «sistema diffuso e coordinato di competenze in campo oncologico [...] e impegna la Giunta regionale ad individuare gli elementi costitutivi del nuovo Istituto Toscano Tumori».

L'Istituto Toscano Tumori (ITT) diviene il punto di coordinamento dei servizi, delle strutture e dei professionisti della rete oncologica regionale con l'obiettivo quello di rafforzare la rete oncologica toscana e garantire a tutti i pazienti, ovunque residenti sul territorio, le stesse opportunità di cure e servizio. L'ITT comprende il CSPO e 16 Dipartimenti Oncologici, uno per ogni Azienda Sanitaria e Ospedaliero-Universitaria (figura 59) e si distribuisce sul territorio con 51 Strutture Ospedaliere tra cui 20 Centri di Riferimento Regionale.

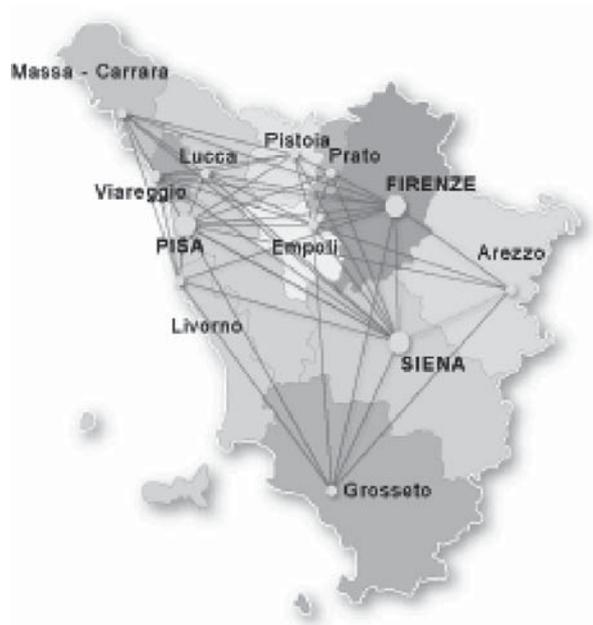


FIG. 59. Dipartimenti oncologici presenti nelle Aziende sanitarie toscane.

<sup>36</sup>Delibera Giunta Regionale n. 1147, 30 ottobre 2000 (Rete oncologica regionale e percorso diagnostico terapeutico del paziente oncologico: progetto di riduzione dei tempi di attesa).



Ogni Dipartimento ha uno o più punti di accoglienza così che il cittadino possa accedere all'Istituto nel luogo più vicino a casa sua (figura 60).

AZIENDA	STRUTTURA
AUSL 1 Massa e Carrara	Ospedale Civico
AUSL 2 Lucca	Ospedale Campo di Marte
AUSL 3 Pistoia	Ospedale Del Ceppo
AUSL 3 Pistoia – Zona Val-dinievole	Ospedale S.S. Cosma e Damiano
AUSL 4 Prato	Ospedale Misericordia e Dolce
AOU Pisana	Ospedale Santa Chiara
AUSL 5 Pisa	Ospedale Lotti
AUSL 6 Livorno	Ospedali Riuniti
AOU Senese	Ospedale S. Maria alle Scotte
AUSL 7 Siena	Ospedali Riuniti
AUSL 7 Siena	Ospedali Riuniti
AUSL 8 Arezzo	Ospedale San Donato
AUSL 8 Arezzo	Ospedale S. Maria alla Gruccia
AUSL 9 Grosseto	Ospedale Misericordia
AUSL 10 Firenze	Ospedale S. M. Annunziata
AUSL 10 Firenze	Ospedale Nuovo San Giovanni di Dio
AUSL 10 Firenze	Ospedale S. Maria Nuova
AUSL 10 Firenze	Ospedale Borgo S. Lorenzo
AUSL 10 Firenze	Ospedale Serristori
AOU Careggi	Ospedale Careggi
AOU Meyer	Ospedale Pediatrico Meyer
AUSL 11 Empoli	Ospedale San Giuseppe
AUSL 12 Viareggio	Ospedale Versilia

FIG. 60. Principali punti di accoglienza dei dipartimenti oncologici toscani.

In particolare nell'ITT convergono

- il Centro per lo studio e la prevenzione oncologica di



Firenze (CSPO), i laboratori universitari e quelli del CNR (Consiglio Regionale delle Ricerche) di oncologia e di ricerca sul cancro di Firenze, Pisa e Siena e degli altri centri che svolgono attività di ricerca sul cancro in Toscana;

- le Aziende Sanitarie con i servizi di screening e i Dipartimenti Oncologici comprendenti le unità di oncologia medica, chirurgia oncologica, radioterapia, psico-oncologia, terapia palliativa, riabilitazione e altri servizi di supporto presenti;
- i medici di medicina generale (MMG);
- il volontariato oncologico.

Le visite multidisciplinari sono gratuite e possono essere richieste all'ITT dal medico di famiglia.

All'interno del punto di accoglienza ITT si trova il medico, che valuta insieme con gli altri professionisti la situazione del paziente e ne definisce il piano diagnostico. Agli operatori dell'accoglienza è affidato il compito di prendere in carico il paziente e prenotare per lui tutte le visite e gli esami previsti dal piano di cura.

All'ITT si possono inoltre chiedere informazioni sui servizi e sulle strutture pubbliche e private accreditate presenti in Toscana o sul territorio nazionale. Nella tabella che segue, scaricabile dal sito della Regione Toscana all'indirizzo <https://www.ittumori.it/ITA/accoglienza/elenco-punti-accoglienza.shtml>, si trovano tutti i punti di accoglienza ITT presenti sul territorio toscano<sup>37</sup>.

### *8.1. L'indagine: la metodologia, la scelta della patologia, il reclutamento dei pazienti, il piano di intervento (Milena Vainieri, Manuela Furlan)*

Per verificare l'effettivo livello di attuazione di tali tipologie di servizi aziendali e di quanto i cittadini si siano sentiti presi in carico e messi al centro del proprio percorso

<sup>37</sup> Fonte: <sito [www.ittumori.it](http://www.ittumori.it)>





di cura dalle rispettive aziende, nel 2005 il Laboratorio MeS, su mandato regionale, ha inserito all'interno del suo sistema di valutazione, un'indagine di tipo qualitativo per ciascuna Azienda sanitaria del sistema regionale, realizzando un focus group per gli utenti di questo servizio.

Per il percorso oncologico è stata esclusa la metodologia delle interviste telefoniche – utilizzata per le altre indagini di soddisfazione – così come i questionari cartacei, strumenti inadeguati per la peculiarità della patologia trattata, ed è stato scelto lo strumento del focus group. I focus group sono delle interviste approfondite ad un gruppo formato da 7/12 persone, in cui un facilitatore, esperto di tecniche di conduzione di gruppo, e un ricercatore, conducono la discussione. Il focus group ha, come tutte le tecniche qualitative, lo svantaggio di non riferirsi ad un campione statisticamente significativo, ma con il vantaggio di intervistare più persone contemporaneamente, ottimizzando i tempi ed i costi dell'indagine. Il focus group è inoltre uno strumento flessibile, che stimola la discussione e consente di evidenziare le diverse dimensioni dei bisogni e delle aspettative dei pazienti, indagandone gli aspetti più nascosti e profondi che non emergono facilmente in un questionario strutturato e stimola la discussione su aspetti positivi e negativi.

Nel focus group dunque, è il paziente il protagonista, è lui a raccontare liberamente la sua esperienza di cura, con tutte le difficoltà che ha incontrato durante il percorso; il ricercatore raccoglie la testimonianza, non fa domande, ma ascolta.

In termini metodologici il focus group rientra nelle valutazioni *ad hoc* del sistema di valutazione ed è stato scelto per monitorare un determinato processo e per dare al management delle indicazioni sulle modalità di erogazione di un determinato servizio. Gli indicatori che si possono rilevare da questa tipologia di indagine sono da considerare come segnali sentinella, e la loro efficacia sta nel portare alla luce situazioni difficilmente verificabili nelle normali indagini di soddisfazione, dove agli utenti non è richiesto di esprimere un giudizio sul servizio, ma di rispondere a domande chiuse secondo una determinata scala impostata in precedenza dal gruppo di ricerca.





Proprio per le caratteristiche dell'indagine sono stati scelti pazienti accomunati da un'esperienza di cura simile; in particolare, è stata selezionata una neoplasia specifica: il carcinoma del colon e del retto. Il motivo della scelta della patologia è dipeso dal fatto che se i tumori del colon e del retto rappresentano nei paesi industrializzati la seconda causa di morte per tumori nell'uomo (dopo il tumore al polmone) e la terza causa di morte nella donna (dopo il tumore alla mammella ed al polmone)<sup>38</sup> in Toscana, sono la prima forma tumorale per incidenza (insieme a quello della mammella) e ricovero ospedaliero, e la seconda in termini sia di prevalenza (dopo i tumori della mammella) che di mortalità (dopo i tumori al polmone)<sup>39</sup>.

L'indagine ha previsto un focus group per ogni Azienda sanitaria territoriale: laddove sullo stesso territorio insisteva sia un'Azienda sanitaria locale sia una ospedaliero-universitaria (Pisa, Firenze, Siena), si è scelto di svolgere un focus invitando i pazienti che hanno effettuato il percorso integrato tra le due aziende. Nel 2005 sono stati effettuati nove focus group in nove aziende territoriali: 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, AUSL 12 Versilia I focus group sono stati preceduti nel 2004 da un'indagine pilota effettuata nelle aziende di Pisa (AUSL 5), Pistoia (AUSL 3) e Arezzo (AUSL 8), intervistando un totale di 66 pazienti – di cui 32 donne e 34 uomini.

Dovendo verificare la funzionalità del CORD e il livello di soddisfazione degli utenti di questo percorso di cura, la selezione dei partecipanti al focus group è avvenuta in Azienda con la collaborazione attiva dei responsabili del CORD, della direzione sanitaria e dell'URP<sup>40</sup>.

<sup>38</sup> Fonte: Database OECD 2007.

<sup>39</sup> Fonte: Relazione sanitaria regionale 2003-2005, *Il profilo di salute della Toscana*, p. 31.

<sup>40</sup> Un'evidenza degna di nota è che non tutti i pazienti ricoverati con la patologia neoplastica sono stati seguiti dal CORD. In molti casi i pazienti sono stati seguiti dal chirurgo o dall'oncologo, non passando dal CORD.





Il reclutamento dei pazienti per l'indagine è avvenuto in quattro fasi:

1. Le direzioni sanitarie hanno fornito ai ricercatori l'elenco di tutti i pazienti ricoverati nel secondo semestre del 2004 con diagnosi principale di dimissione del carcinoma del colon e del retto (con diagnosi di dimissione 153 e 154 secondo la classificazione ICD9-CM), con cittadinanza italiana<sup>41</sup>, residenti nel territorio della Azienda USL<sup>42</sup>.
2. La lista dei pazienti è stata consegnata ai CORD di ciascuna Azienda, che hanno escluso dall'elenco tutti i pazienti che non erano passati dal CORD (e questo ha permesso di verificare indirettamente il reale funzionamento di questo centro di coordinamento a livello aziendale) e tutti coloro che non era opportuno contattare per diversi motivi: gravi motivi di salute, depressione, ecc.
3. Dall'elenco «depurato» sulla base dei criteri sopra espressi i ricercatori hanno selezionato un gruppo di 12-14 pazienti, «bilanciato» sulla base dei seguenti criteri:

- il 50% con la patologia del colon ed il 50% con patologia del retto;
- il 50% donne e il 50% uomini;
- il 50% con età superiore ai 65 anni ed il 50% con età pari o inferiore ai 65 anni.

Questo è stato senz'altro uno spunto di riflessione utile per il management di quelle aziende dove si è verificato, attraverso il reclutamento prima e il focus group poi, che il CORD ricopre un ruolo marginale nella gestione del malato oncologico, ferme restando le caratteristiche qualitative dell'indagine sopra specificate.

<sup>41</sup> Il criterio della cittadinanza italiana è stato scelto come indicatore proxy di coloro che parlano correntemente la lingua italiana, requisito fondamentale per potersi confrontare nella sede del focus group.

<sup>42</sup> Il criterio della residenza nel territorio della ASL è stato segnalato perché si ritiene sia più probabile che un paziente residente nella zona possa spostarsi per partecipare al focus group piuttosto che cittadini residenti in luoghi più distanti se non fuori regione. Per l'AOUP il territorio dei residenti coincide con quello della ASL di riferimento.





4. Come ulteriore criterio, fra i pazienti con patologia di carcinoma del colon e del retto, laddove i numeri e le caratteristiche dei pazienti lo consentivano, sono stati selezionati un paio di pazienti che sono stati sottoposti all'intervento di Miles, ossia all'asportazione dello sfintere.

Ad ogni paziente individuato, dove possibile, è stato affiancato un paziente-riserva con caratteristiche simili, da contattare nel caso in cui il primo paziente avesse rifiutato di partecipare all'intervista. L'individuazione dei pazienti da contattare è avvenuta sulla base di un'estrazione casuale.

L'elenco dei pazienti, e delle rispettive riserve, è stato consegnato ai responsabili del CORD<sup>43</sup> di ciascuna Azienda, che hanno provveduto a contattare i pazienti, informandoli dell'iniziativa ed invitandoli a presentarsi in Azienda per il focus group.

I focus si sono svolti nel pomeriggio presso le strutture aziendali, generalmente nelle biblioteche o in locali messi a disposizione dalla direzione sanitaria. Non si sono comunque mai svolti nei locali del CORD, per non ingenerare nei pazienti un senso di timore nei confronti della struttura che li aveva in cura<sup>44</sup>.

Prima di cominciare il colloquio di gruppo, si è provveduto agli adempimenti relativi alla tutela della privacy e si è chiesto a tutti i partecipanti di acconsentire, con un'autorizzazione scritta, ad utilizzare i tracciati del focus group.

## 8.2. *La valutazione: il metodo utilizzato* (Manuela Furlan, Milena Vainieri)

Per individuare gli snodi del processo di cura di interesse aziendale e per fare una valutazione di questo tipo di esperienza, con il management delle aziende sanitarie e con i professionisti del settore sono state effettuate una serie di

<sup>43</sup> Solo in rari casi il contatto telefonico è avvenuto attraverso l'URP.

<sup>44</sup> I focus si sono svolti tra aprile e giugno 2005.





riunioni, durante le quali sono stati scelti e condivisi gli aspetti più importanti da monitorare nel corso dei focus.

Sono stati identificati e condivisi sette aspetti, considerati come qualificanti per parlare di un percorso di cura valido:

1. la qualità clinica nelle diverse fasi del percorso;
2. il livello di coordinamento svolto dal CORD nelle diverse fasi del percorso (e livello di conoscenza della struttura da parte dei pazienti);
3. il sostegno psicologico;
4. la logistica;
5. il rapporto con il personale;
6. i processi di comunicazione sanitaria e consenso informato;
7. la capacità del *medico di medicina generale* (di seguito MMG) di supportare il paziente all'interno del percorso.

Durante il focus, registrato in formato audio, gli utenti hanno raccontato la loro esperienza sul proprio percorso oncologico.

Successivamente il focus è stato sbobinato parola per parola, le esperienze dei pazienti sono state raggruppate per temi di riflessione, facendo in particolare riferimento ai sette descrittori di interesse aziendale; in seguito è stato assegnato un punteggio da 1 a 5 alle affermazioni fatte dai pazienti, utilizzando per ogni dimensione condivisa con il management aziendale i criteri riportati nella tabella seguente.

---

**1. la percezione della qualità clinica nella fase della diagnostica, dell'intervento e della terapia**

- 1 Nessuna fase del percorso è percepita positivamente
- 2 In alcune fasi il percorso è risultato negativo a giudizio dei pazienti
- 3 La qualità percepita è buona ma non in tutte le fasi del percorso
- 4 La qualità percepita è buona in tutte le fasi del percorso
- 5 La qualità percepita è ottima in tutte le fasi del percorso

**2. il grado di coordinamento nelle diverse fasi del percorso ed il ruolo svolto dal CORD**





- 1 C'è una totale assenza di coordinamento nel percorso oncologico, il paziente è artefice del proprio percorso
- 2 Il paziente è seguito da un punto di vista medico ma non ha un supporto amministrativo. Non c'è integrazione fra le diverse fasi del percorso
- 3 Il paziente è seguito ma non c'è integrazione fra le diverse fasi del percorso. La presa in carico dipende dal medico e non da protocolli o comportamenti consolidati
- 4 C'è una presa in carico del paziente dalla prima visita al follow up
- 5 C'è una presa in carico del paziente dalla prima visita al follow up, da tutti i punti di vista (amministrativo, psicologico, medico). I pazienti riconoscono nel CORD il nome della struttura che fa questo tipo di coordinamento

### **3. il sostegno psicologico ricevuto**

- 1 Non c'è supporto psicologico, nemmeno su richiesta
- 2 Non è previsto alcun supporto
- 3 C'è supporto ma non viene promosso
- 4 È previsto un supporto e, a giudizio dei pazienti, funziona bene
- 5 È previsto supporto e, a giudizio dei pazienti, funziona molto bene

### **4. la logistica**

- 1 Mancano strutture adeguate (sedie, mancano bagni, letti...)
- 2 L'ambiente è, a giudizio dei pazienti, angusto
- 3 L'ambiente è pulito ma asettico
- 4 L'ambiente è confortevole e gli spazi sono adeguati (n. b. c'è rispetto della privacy...)
- 5 L'ambiente è confortevole e familiare

### **5. il rapporto con il personale sanitario**

- 1 Il personale è disattento alle esigenze del paziente
- 2 Il personale è poco disponibile
- 3 Il personale è professionale
- 4 Il personale è professionale ed attento alle esigenze del paziente
- 5 Il personale è professionale ed attento alle esigenze del paziente, dimostrando empatia

### **6. le modalità di consenso informato e i processi di comunicazione sanitaria**

- 1 Il personale fornisce spiegazioni in un linguaggio tecnico poco comprensibile e non è disponibile al dialogo



- 2 Il personale fornisce spiegazioni in un linguaggio tecnico poco comprensibile
- 3 Il personale sanitario fornisce spiegazioni
- 4 Il personale sanitario fornisce spiegazioni chiare ed esaurienti
- 5 Il personale sanitario fornisce spiegazioni chiare ed esaurienti adattandosi al livello culturale ed alla situazione psicologica del paziente

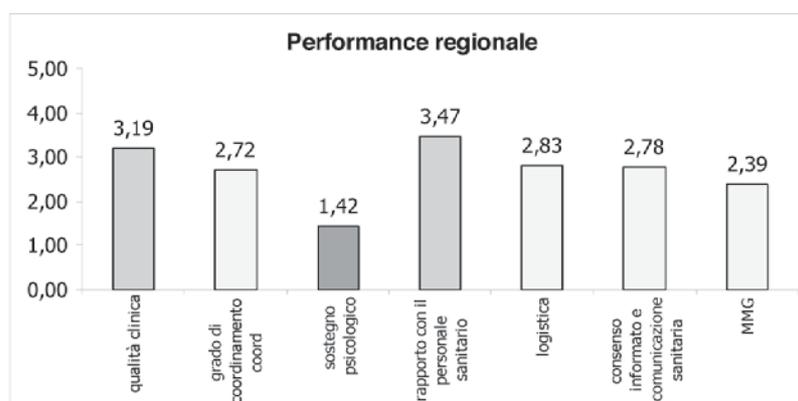
#### **7. il rapporto con il Medico di Medicina Generale**

- 1 Il medico di medicina generale è assente dal percorso, non visita il paziente e prescrive solo ricette. È percepito come non competente da un punto di vista clinico e non è stato in grado di identificare il problema neoplastico, curando il paziente per altre patologie
- 2 Il medico di medicina generale è presente ma il paziente ritiene che sottovaluti i suoi problemi di salute.
- 3 Il medico di medicina generale è presente ma è riconosciuto dal paziente solo come burocrate. Il paziente non ritiene sia in grado di farsi carico della sua malattia adeguatamente e non «si fida»
- 4 Il medico di medicina generale riconosce la malattia, coordina il percorso del paziente ed è in grado di stabilire con lui una buona alleanza terapeutica
- 5 Il medico di medicina generale è presente, è chiaro nella comunicazione, sa entrare in empatia con il paziente stabilendo un'ottima alleanza terapeutica, lo sostiene durante il suo percorso ed è percepito come competente. Il paziente sente di potersi affidare totalmente a lui per il coordinamento del suo problema di salute.

FIG. 61. Criteri di valutazione adottati per ciascun dei sette descrittore del percorso oncologico.

### *8.3. La valutazione: il punto di vista del paziente sul percorso (Manuela Furlan)*

Dai focus effettuati è risultato che i 66 utenti intervistati sono mediamente soddisfatti delle cure ricevute, anche se ci sono margini di miglioramento su tutte le dimensioni di analisi ma nessuna dimensione è stata valutata con performance ottima.



0 < Performance molto scarsa <1
1 ≤ Performance scarsa <2
2 ≤ Performance media <3
3 ≤ Performance buona <4
4 ≤ Performance ottima <5

FIG. 62. Valutazione della performance media regionale rispetto ai sette descrittori del percorso oncologico. Anno 2005.

Lo *screening* è stato percepito dai pazienti come un momento importante di prevenzione: all'epoca della rilevazione però, non in tutte le AUSL erano stati attivati i programmi di screening coloretali, ed in generale, laddove non si svolgono esami di prevenzione, risulta difficile interpretare i sintomi collegati a neoplasie coloretali. Durante la fase diagnostica è frequente che la scoperta della malattia avvenga solo dopo numerosi esami: i sintomi non vengono interpretati subito in modo corretto ed i pazienti sono spesso curati per emorroidi o per coliche. Solo in seguito, quando i sintomi persistono ed i problemi non si risolvono, vengono prescritti esami diagnostici che danno avvio al percorso di cura oncologico.

In questi casi i pazienti sono giunti alla scoperta della malattia quasi per caso, o recandosi dal medico o al Pronto Soccorso, oppure in seguito alla comparsa dei primi sintomi<sup>45</sup>.

<sup>45</sup> «Una mattina a letto mi sono svegliato e mi sono accorto di una macchia di sangue, niente più; non sono andato neppure io dal medico, ho mandato mia moglie. Il medico di base probabilmente ha intuito qualcosa, sono andato a farmi la colonscopia e da lì è iniziato tutto, me l'hanno fatta dopo 4 giorni al servizio pubblico...»



Non sempre i pazienti che si sono recati al Pronto Soccorso si sono sentiti ascoltati dal personale sanitario rispetto ai sintomi presentati e questo non ha permesso ad alcuni di loro di scoprire con tempestività la causa dei disturbi. In alcuni casi i pazienti hanno scoperto la malattia in seguito ad esami prescritti dal MMG, che non sempre è stato in grado di riconoscere i sintomi della malattia ed ha commesso errori di diagnosi nella fase iniziale del percorso. Dai focus emerge talvolta una scarsa stima dei pazienti nei confronti del proprio medico, perché non è stato in grado di riconoscere i sintomi della malattia ed ha commesso errori di diagnosi nella fase iniziale del percorso, senza richiedere ulteriori accertamenti e visite specialistiche<sup>46</sup>.

Nei casi in cui il medico ha instaurato, al contrario, una stretta collaborazione con gli specialisti, il percorso è apparso più rapido e coordinato. La diagnosi è stata più appropriata ed anche i pazienti hanno acquisito maggior consapevolezza dell'importanza di svolgere gli esami consigliati, che rappresentano comunque un scoglio psicologico, e tendono per questo ad essere rimandati. Nella fase terapeutica, dall'intervento chirurgico alla riabilitazione, al MMG, come è stato specificato dall'ITT, spetta il compito di collaborare con gli specialisti per fornire al paziente tutto il supporto necessario per essere consapevole delle scelte terapeutiche che dovrà compiere (consenso informato)<sup>47</sup>.

<sup>46</sup> «Io l'anno scorso a giugno notai un po' di sangue, sono andato dal medico, lui mi guarda e mi dice hai una ragade non è nulla, e sono arrivato alla fine di agosto tranquillo e beato. Poi all'inizio di settembre ho rivisto un po' di sangue. Siccome ho un medico gentile e bravo, ma c'è poco da fidarsi perchè quando ti dicono che hai l'influenza hai la polmonite, allora ci ho pensato per conto mio...»; «Chiamo il dottore e mi dice che è un'influenza, di non mangiare per qualche giorno e prendere queste pasticche; dopo ho chiamato il 118 e sono andato in ospedale...».

<sup>47</sup> «È compito del medico di famiglia: spiegare la/le opzioni di trattamento proposte dallo specialista al termine degli accertamenti e le relative modalità di esecuzione; fornire in modo semplice e completo tutte le informazioni relative alle possibili sequele dovute ad ogni singolo trattamento, sia in termini di probabilità di evento che di possibilità di





Di particolare interesse sono i casi di pazienti affetti da sintomatologia multipla, già ricoverati o in cura da specialisti per altre patologie, perciò *sotto controllo* da parte dei medici: in questi casi si riscontra un'attenzione specifica alla patologia afferente al proprio campo di specialità ed una debole focalizzazione a sintomi trasversali, che vengono ricondotti alla patologia che si sta curando.

Dopo aver effettuato lo screening ed aver rilevato la necessità di effettuare una colonscopia, si presentano le prime difficoltà di coordinamento del percorso assistenziale. I pazienti sono spesso abbandonati a sé stessi, talvolta sono invitati a rivolgersi a strutture private, oppure ricorrono a conoscenze personali<sup>48</sup>.

Una volta prescritta la colonscopia, sorge un altro problema relativamente ai tempi d'attesa che intercorrono tra la prenotazione e l'esame stesso. In alcune aziende i tempi d'attesa sono così lunghi che alcuni pazienti si rivolgono a strutture private o preferiscono effettuare visite a pagamento, non potendo così usufruire delle cure in regime pubblico. A volte, inoltre, questa soluzione è suggerita dagli stessi medici o dai centri di prenotazione.

La visita a pagamento e la prenotazione degli esami attraverso istituti privati è talvolta percepita da alcuni utenti come una prassi: dai loro discorsi emerge chiaramente che la via ordinaria per poter andare avanti con gli esami diagnostici è rivolgersi ai medici specialisti in modalità intramoenia o extramoenia.

recupero; chiarire i dubbi, le perplessità e i problemi avanzati dal paziente al fine di renderlo consapevole della scelta terapeutica proposta e di favorirne l'adesione una volta che si sia raggiunta una decisione condivisa Anche nella fase di follow up il MMG collabora e si coordina con lo specialista, per far effettuare al paziente gli esami nei tempi e nei modi richiesti dai protocolli di cura» in: «Raccomandazioni cliniche per i principali tumori solidi», a cura del SST, luglio 2005, pp. 152-154

<sup>48</sup> «Sono andata a prendere un appuntamento per la colonscopia ai primi di novembre all'ospedale, e era libero il 15 gennaio... Io dissi il 15 gennaio non ci sono più, non sto già più in piedi, mi sento male, dice signora è pieno... Allora gli chiesi 'e a pagamento quando c'è?'. Non mi seppe dare una risposta, tornai a casa e mia figlia disse 'Si fa a pagamento', e difatti dopo 2 giorni la feci dal dott. X».





L'inizio del percorso di cura viene generalmente percepito positivamente: una volta individuata la malattia, i tempi d'attesa fra la colonscopia e l'intervento e/o il disegno del percorso di cura è breve.

È una fase molto delicata per il paziente che comincia il suo percorso di cura oncologico. Per lui risulta decisivo avere un punto di riferimento per ogni tipo di necessità.

In alcune aziende vi è subito una *presa in carico del paziente* da parte del centro oncologico (CORD-ITT) ed è la struttura stessa che contatta i pazienti per prendere gli appuntamenti ed organizzare il trattamento. Questo avviene, in generale, per chi scopre la malattia tramite lo screening.

In altri casi, il medico di base indirizza i propri assistiti verso i chirurghi dell'ospedale di riferimento, oppure il paziente, una volta avuta la notizia, contatta amici e conoscenti che operano nelle strutture sanitarie per affidarsi a loro.

Alcuni dei pazienti intervistati evidenziano uno *scollamento fra le varie fasi della percorso* ed una mancanza di comunicazione. Non in tutte le realtà aziendali è stato attivato il CORD-ITT. La presenza del coordinamento del CORD-ITT è percepito in modo forte dai pazienti che, in sua mancanza, accusano un senso di abbandono o affaticamento dovuto alle procedure organizzative del percorso<sup>49</sup>. Diversi pazienti lamentano carenze nell'organizzazione degli appuntamenti per la terapia. Anche laddove sia presente il CORD, i pazienti che sono entrati nel circuito dopo l'intervento non sono stati presi in carico dall'assistenza ITT. In alcuni casi i pazienti dichiarano l'esistenza di un *tutor aziendale*, ovvero un dottore che si è fatto carico del coordinamento del loro percorso insieme ad un infermiere. Avere un punto di riferimento aziendale rassicura i pazienti, che sentono di poter trovare in Azienda, anche a distanza di mesi dall'operazione, un

<sup>49</sup> «Ho fatto la terapia poi mi sono fatta spiegare dal dottor X perché mi mettevano in comunicazione con la medicina del CORD. 'Guardi, è un completamento dell'intervento. Non si preoccupi, non perderà i capelli. Non è quelle terapie pesanti che fanno'»; «In termini di assistenza è un buon percorso, mi hanno aiutato, certamente quando uno deve affrontare un macigno in questa maniera, uno si sveglia la mattina e non ha niente, uno come me che lavorava su tre turni, feste comprese, ritrovarsi tutto ad un tratto in questa situazione».





contatto al quale rivolgersi per essere rassicurati rispetto a tutti i dubbi, i disturbi o le difficoltà che possono presentarsi.

Dalle interviste emerge che spesso la *comunicazione medico/paziente* non risulta essere adeguata al contesto. Non sempre il medico è capace di entrare in relazione con il paziente, riuscendo ad instaurare una relazione positiva. Spesso la comunicazione viene percepita dalle persone intervistate come poco empatica e univoca, il medico «esercita un potere» e fa sentire come forte l'asimmetria informativa fra lui ed il paziente, che dichiara di non sentirsi ascoltato e accolto. In particolare i pazienti lamentano un'incapacità dei medici di immedesimarsi nella condizione di disagio emotivo che essi vivono, non sentono di ricevere delle informazioni sufficientemente chiare e comprensibili circa il loro stato di salute e percepiscono una distanza fra loro ed il medico anche nella fase in cui essi devono scegliere che tipo di intervento chirurgico effettuare.

In particolare, nel momento in cui il paziente viene *messo a conoscenza della malattia*, al medico è richiesto di comunicare il messaggio tenendo conto delle difficoltà che il paziente può incontrare nell'accettare il suo stato di salute. Questo è uno dei momenti in assoluto più critici, da cui dipende la possibilità di instaurare un'efficace alleanza terapeutica. In questo momento per il malato risulta infatti decisivo avere accanto un medico di riferimento di cui *fidarsi* e a cui *affidarsi* nel percorso di cura e di riabilitazione.

*La fase dell'intervento chirurgico viene in genere percepita positivamente dai partecipanti al focus*; nonostante questo emergono alcune difficoltà organizzative che i pazienti tollerano con una grande capacità di sopportazione pur di ritrovare uno stato di salute soddisfacente.

Le problematiche relative all'intervento chirurgico o alla fase post-operatoria dichiarate dai pazienti possono essere riassunte in tre ordini di problemi:

1. Problemi legati ad errori clinici nell'intervento chirurgico che portano i pazienti ad avere più operazioni;
2. Difficoltà logistiche (organizzazione del reparto);
3. Problemi legati alla comunicazione fra medici;
4. Poca attenzione al paziente nella fase post operatoria.





In alcuni casi i problemi relativi agli *interventi chirurgici* sono aggravati dalla scarsa attenzione ai sintomi e ai dolori accusati dai pazienti nella fase post operatoria: accade che il paziente appena operato venga lasciato a se stesso o sia dimesso perché le complicazioni post operazione non vengono ben valutate o non vengono ascoltati i pazienti che segnalano ai medici dolori a seguito dell'intervento.

Un altro tipo di problema che emerge nella fase dell'intervento chirurgico e nella degenza post operatoria è legata ad aspetti organizzativo/logistici e a problemi di comunicazione. Si evidenzia una scarsa capacità di ascolto del paziente da parte del personale sanitario che con difficoltà rende l'utente partecipe e protagonista del suo percorso di cura.

I pazienti si aspettano che il *decorso post operatorio* sia un momento di riposo e tranquillità, ma questo non avviene quando non vi sono spazi e tempi adeguati per la gestione delle visite dei familiari oppure quando i pazienti non trascorrono la loro degenza nella stessa stanza, ma vengono trasferiti da una camera ad un'altra in base alle esigenze del reparto. Nella terapia e nella fase post operatoria i pazienti riscontrano problematiche relative al controllo del dolore.

Gli intervistati si ritengono soddisfatti del *rapporto con medici e infermieri*, soprattutto nel reparto oncologico – meno in quello chirurgico. La presa in carico del paziente e l'alta professionalità del personale medico e infermieristico in oncologia ha avuto anche un effetto sul benessere psicologico degli utenti che ritengono, proprio per questo motivo, di non aver avuto bisogno di uno psicologo dedicato. L'Accoglienza ITT dà la possibilità di avere un *supporto psicologico* e laddove l'Azienda lo prevede, questo è percepito in modo positivo. Quando la persona vive una condizione di disagio e malattia dipende in varie misure da altri e, per certi aspetti, torna ad essere come un bambino, bisognoso di cure e di attenzioni particolari. Non sempre le sue necessità sono comprese da chi gli sta accanto, ed egli vive in una situazione di solitudine che va ad accrescere il suo senso di disagio e di impotenza che già prova a causa della sua malattia. I pazienti intervistati hanno sottolineato l'importanza di ricevere un sostegno psicologico nell'affrontare la situazione. I pazienti spesso non si sentono compresi e supportati dai familiari e non





si sentono ascoltati dai medici che danno messaggi «pesanti» da accettare, usando toni dissonanti dallo stato d'animo delle persone che hanno di fronte. Sono consapevoli che avere la possibilità di essere seguiti a livello psicologico possa essere d'aiuto sia per sé sia per i propri familiari. Purtroppo solo raramente il servizio viene promosso attraverso la cartellonistica presente nella sede dell'Accoglienza ITT ed in genere si rileva un vuoto nel servizio. Da questo punto di vista il supporto da parte delle strutture appare molto carente nel percorso ed è presente solo dopo esplicite e ripetute richieste. Spesso i pazienti non sono a conoscenza della possibilità di richiedere un sostegno psicologico tra le visite di supporto<sup>50</sup>.

L'*adeguatezza delle strutture* viene giustamente considerata un aspetto della qualità del servizio<sup>51</sup>. Talvolta gli intervistati avvertono una carenza di spazi, che appaiono tutt'altro che accoglienti. In alcuni casi, durante il ricovero, sono state denunciate situazioni di forte disagio dovute al sovraffollamento delle corsie ed alla carenza di servizi. Gli spazi in alcuni casi non consentono alcun tipo di privacy.

Per quanto riguarda la *comunicazione sanitaria ed il consenso informato* si evidenziano alcune lacune. I processi di comunicazione medico/paziente risultano essere ancora non soddisfacenti: sarebbe auspicabile una comunicazione chiara che fornisca al

<sup>50</sup> «È stata una cosa abbastanza improvvisa e destabilizzante, per cui voglio dire che accanto ad un medico ci dovrebbe essere uno specialista psicologo di supporto. Secondo me è importante... Una volta capito che nessuno mi può dare una certezza, però un supporto psicologico me lo sarei aspettato... Secondo me è importante... Dovrebbe far parte del percorso. Basta sapere che qualcuno ti ascolta, perché con il medico il rapporto è di pochi minuti...».

<sup>51</sup> «Il ricovero è andato bene perché sicuramente se ero sul vecchio ospedale io ci sarei morto, mi sono operato il 13 di agosto, con tutto quel caldo, lì invece c'era l'aria condizionata» ; «L'ambiente è a pagamento quindi... E poi mi tornava comodo per mia moglie, perché c'è una camera a pagamento con il letto a disposizione per l'assistenza a qualsiasi ora» (si riferisce al ricovero presso la clinica privata). «...le poltrone erano sciupate... Molte volte c'è chi sta anche in piedi e quando ci sono 7-8 persone, con un bagno solo... Io entravo alle sette e mezza ed andavo via all'una, vedevo che c'era gente che aveva bisogno del bagno ed era occupato e stava lì a patire... Un bagno è poco. Manca la struttura».





paziente non solo informazione, ma anche rassicurazione. La comunicazione sanitaria è importante, una mancata o errata comunicazione può creare un ritardo nella gestione della malattia. Quando il medico è capace di entrare in relazione con il paziente, riuscendo così a comunicare con lui in modo empatico, riesce ad evitare che si generi un senso di timore e di mancanza di fiducia nella struttura. In particolare, nel momento in cui il paziente viene messo a conoscenza della malattia, al medico è richiesto di comunicare il messaggio tenendo conto delle difficoltà che il paziente può incontrare nell'accettare il suo stato di salute.

Il paziente e i suoi familiari si affidano ai medici e agli operatori sanitari, ma la loro obiettività è spesso compromessa dalla necessità di sentirsi continuamente rassicurati sullo stato di salute del proprio congiunto sofferente, il quale, a sua volta, ha la piena consapevolezza di non essere padrone del proprio destino e di doversi *fidare ed affidare* ad altri, sperando che siano professionisti, il più possibile competenti. Spesso le necessità dei pazienti non vengono comprese ed essi vivono in una situazione di solitudine che va ad accrescere il senso di disagio e di impotenza che già vivono a causa della loro malattia. Per questo motivo ogni tipo di comunicazione deve essere chiara, comprensibile, non discordante rispetto a comunicazioni ricevute in precedenza e deve essere effettuata tenendo conto delle implicazioni psicologiche che può avere. In particolare i pazienti lamentano un'incapacità dei medici di immedesimarsi nella condizione di disagio emotivo che essi vivono, avvertono una spersonalizzazione del servizio e non sentono di ricevere delle informazioni sufficientemente chiare e comprensibili circa il loro stato di salute, percependo una distanza fra loro ed il medico anche nella fase in cui devono scegliere che tipo di intervento chirurgico effettuare. Questo porta un senso di disorientamento nel paziente, costringendolo a vivere il proprio percorso di cura e guarigione in una maggiore condizione di incertezza e disagio. Il paziente sente la necessità di conoscere con chiarezza, ma anche con delicatezza, le proprie condizioni, per affrontare in maniera costruttiva le paure che insorgono con questa malattia. Una delle persone intervistate suggerisce l'utilità di fornire a chi viene dimesso un vademecum che spieghi tutte le fasi del percorso, gli esami che lo aspettano, le esenzioni a cui ha diritto, ecc.





La fase del consenso informato è molto delicata: il paziente ed i suoi familiari fanno molta fatica a prendere decisioni così critiche per la propria vita. È difficile scegliere una terapia anziché un'altra da una posizione di asimmetria informativa, ed in questo spesso i pazienti non si sentono supportati e sono spaventati<sup>52</sup>. La presa di coscienza di avere un tumore, come si può facilmente intuire, provoca nei pazienti sensazioni traumatiche di vario genere riconducibili a concetti quali senso di smarrimento, di paura e di disperazione<sup>53</sup>.

#### 8.4. Conclusioni

L'elemento più significativo emerso dal colloquio con i pazienti è proprio l'alto grado di interesse per l'iniziativa e la loro disponibilità a comunicare: i pazienti si sono dimostrati lieti di essere ascoltati da persone che rappresentano

<sup>52</sup> «Mi hanno detto 'Scelga lei'. Ma come si fa? Non posso scegliere io, faccio l'insegnante di lettere, dopo tanti anni di lavoro forse so correggere bene un tema, forse. Non lo so... Non so scegliere in questo caso, non so scegliere. Capisco anche che il medico non mi può dare una certezza. Lì ho avuto paura... Allora ho pensato di sentire altri medici: alcuni mi hanno detto: 'Assolutamente no... Per queste ragioni non fare la chemioterapia'. Altri: 'Per queste ragioni assolutamente sì alla chemio... Vuole scherzare? Lei ha una percentuale del 33% , poi del 30% poi si abbassa al 20% e si alza al 40%...' Io non ci ho capito più nulla. Se leggera non previene allora perché farla? È un momento molto difficile. Entri in contatto con questa malattia e non è una cosa da poco... Capisco il medico che non ha certezza, ma io mi sono trovata molto sola. Allora ho consultato altri medici, sono andata a Milano, e ho preso la mia decisione, ma non so se sia giusta. E ancora oggi ci penso...»

<sup>53</sup> «Ho fatto la colonscopia pensando alle emorroidi e mentre ero sotto, il dottore mi disse 'Guardi che lei ha un tumore, bisogna che si operi subito'. Questo discorso di operarsi subito, non tra un mese, subito, psicologicamente mi spazzò tanto che non sapevo neanche più come fare a tornare a casa. Perché a uno che non ha nulla, gli dicono che ha un tumore, è come sparargli, è uguale!». «Quando andai in ospedale il medico mi disse 'Lei ha un tumore'... Mi disse queste parole: 'Lei ha un tumore, bisogna che si operi subito, ma lei lo sa?'. Io non so nulla, io sto veramente bene... Io non sapevo più niente... Non sapevo neanche come andare a casa... Io sto a Vicopisano, non sapevo più se andavo verso Firenze, verso Bagni di Casciana. Quando mia moglie mi disse 'Che ti hanno detto?', io mi misi a piangere».





l'istituzione, un'istituzione che li riconosce come persone e come i principali interlocutori del servizio sanitario, da soddisfare rispetto alle esigenze di cura e di supporto nel momento della malattia.

In generale manifestano interesse a raccontare il proprio percorso, anche se non sempre hanno una chiara percezione dei propri diritti e dunque non sono in grado di poter valutare correttamente cosa ha funzionato e cosa non ha funzionato nel percorso assistenziale. Indubbiamente la disponibilità a dare informazioni e a «perdere» tempo per spiegare le caratteristiche della malattia e del percorso di cura a cui si va incontro, sono valutate dai pazienti come particolarmente significative. A questo si aggiungono le connotazioni relative all'atteggiamento più o meno di sostegno da parte del personale. I pazienti sono indubbiamente sensibili allo stile comunicativo dell'operatore, si trovano in una condizione di disagio fisico e spesso di ansia per la propria salute, sottolineano sempre il modo in cui è avvenuta la comunicazione e frequentemente discutono proprio su come la comunicazione e la disponibilità del medico sia l'elemento che ha determinato in modo prioritario la scelta di farsi curare in un certo contesto o di evitarlo.

Il rapporto di fiducia che si instaura con il professionista sanitario parte dalla disponibilità dell'operatore ad entrare in relazione con il paziente come persona. Solo successivamente questa fiducia si conferma grazie alla percezione della competenza tecnico-professionale per la capacità diagnostica, l'opportunità delle cure e per una valutazione dell'esito delle cure che i pazienti fanno sempre in termini di vissuti soggettivi di sollievo rispetto al dolore fisico, di percezione di aver migliorato la qualità della vita con recupero di funzionalità e capacità di movimento e relazione.

L'ascolto dei pazienti richiede un atteggiamento di apertura e si manifesta in un contesto in cui si lavora con attenzione ai processi comunicativi, in cui si considerano le persone come risorse e non come problemi, in cui l'orientamento verso il cittadino è acquisito come valore ed orientamento etico proprio. Dove ci sono resistenze e difficoltà rispetto alla comunicazione con i pazienti emergono





anche disfunzionalità e difficoltà rispetto al clima interno,  
al lavoro di *equipe* e talvolta c'è demotivazione e *burn-out*  
negli operatori.









APPENDICE A

SCHEDE DI DESCRIZIONE DEGLI INDICATORI





## Indicatore A1: Mortalità Infantile

### Tasso di mortalità infantile

<b>Definizione:</b>	Tasso di mortalità nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi
<b>Numeratore:</b>	Numero di deceduti nel primo anno di vita
<b>Denominatore:</b>	Numero di nati vivi residenti
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. deceduti nel primo anno di vita}}{\text{N. nati vivi residenti}} \times 1.000$
<b>Fonte:</b>	Agenzia Regionale di Sanità della Toscana: Registro di mortalità regionale
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media Regionale

## Indicatore A1: Mortalità Infantile

### Tasso di mortalità neonatale nei primi 6 giorni di vita

<b>Definizione:</b>	Tasso di mortalità nei primi 6 giorni di vita per 1.000 nati vivi
<b>Numeratore:</b>	Numero di deceduti nei primi 6 giorni di vita per 1.000 nati vivi
<b>Denominatore:</b>	Numero di nati vivi residenti
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. deceduti nei primi 6 giorni di vita per 1.000 nati vivi}}{\text{N. nati vivi residenti}} \times 1.000$
<b>Fonte:</b>	Agenzia Regionale di Sanità della Toscana: Registro di mortalità regionale
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media Regionale

## Indicatore A1: Mortalità Infantile

### Tasso di mortalità neonatale nei primi 28 giorni di vita

<b>Definizione:</b>	Tasso di mortalità nei primi 28 giorni di vita per 1.000 nati vivi
<b>Numeratore:</b>	Numero di deceduti nei primi 28 giorni di vita per 1.000 nati vivi
<b>Denominatore:</b>	Numero di nati vivi residenti
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. deceduti nei primi 28 giorni di vita per 1000 nati vivi}}{\text{N. nati vivi residenti}} \times 1.000$
<b>Fonte:</b>	Agenzia Regionale di Sanità della Toscana: Registro di mortalità regionale
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media Regionale

## Indicatore A2: Mortalità per Tumori

### Tasso di mortalità per tumori

<b>Definizione:</b>	Tasso di mortalità per tumori
<b>Numeratore</b>	Numero di deceduti per tumore
<b>Denominatore</b>	Numero totale residenti
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. deceduti per tumore}}{\text{N. totale residenti}} \times 100.000$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Codifiche ICD-9 CM: 140 - 239
<b>Fonte:</b>	Agenzia Regionale di Sanità della Toscana: Registro di mortalità regionale - Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media Regionale
<b>Standardizzazione:</b>	Età (Popolazione standard: popolazione Toscana ISTAT 2000)
<b>Significato:</b>	È un indicatore che mostra la prevalenza delle malattie per tumori nella popolazione residente

## Indicatore A3: Mortalità per Malattie del Sistema Circolatorio

### Tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio

<b>Definizione:</b>	Tasso di mortalità per malattie del sistema cardio circolatorio
<b>Numeratore:</b>	Numero di deceduti per malattie del sistema circolatorio
<b>Denominatore:</b>	Numero totale residenti
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. deceduti per malattie del sistema circolatorio}}{\text{N. residenti}} \times 100.000$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<i>Codifiche ICD - 9 CM : 390 - 459</i>
<b>Fonte:</b>	Agenzia Regionale di Sanità della Toscana: <i>Registro di Mortalità Regionale</i>
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media Regionale
<b>Standardizzazione:</b>	Età (Popolazione standard: popolazione Toscana ISTAT 2000)
<b>Significato:</b>	E' un indicatore che mostra la prevalenza delle malattie del sistema circolatorio nella popolazione residente

## Indicatore A4: Mortalità per Suicidi

### Mortalità per suicidi: rapporto standard

<b>Definizione:</b>	Mortalità per suicidio: rapporto standard
<b>Numeratore</b>	Tasso di suicidio per Ausl
<b>Denominatore</b>	Tasso di suicidio per la Regione Toscana
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. deceduti per suicidio Ausl}}{\text{Popol. Residente Ausl}} : \frac{\text{N. deceduti per suicidio Toscana}}{\text{Popol. Residente Toscana}} \times 100.000$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Il rapporto standard si riferisce al rapporto tra il tasso di suicidi della singola Ausl e il tasso dell'intera Regione Toscana. Il valore regionale è dunque pari a 100.  <i>Codifiche ICD-9 CM: E950 - E959</i>
<b>Fonte:</b>	Agenzia Regionale di Sanità della Toscana: Registro di mortalità regionale
<b>Parametro di riferimento:</b>	Valore regionale: 100
<b>Standardizzazione:</b>	Età (Popolazione standard: popolazione Toscana ISTAT 2000)

## Indicatore B3: Tempi di attesa per visite specialistiche

### Tempi di attesa per le visite specialistiche

<b>Definizione:</b>	Tempi di attesa in giorni per alcune visite specialistiche ambulatoriali.
<b>Numeratore:</b>	N. Visite specialistiche erogate entro 15 giorni
<b>Denominatore:</b>	N. Visite specialistiche totali esaminate
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. Visite specialistiche erogate entro 15 giorni} \times 100}{\text{N. Visite specialistiche totali esaminate}}$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Le specialistiche ambulatoriali oggetto di indagine sono quelle individuate nel PSR 2005-2007: ginecologia, cardiologia, neurologia, dermatologia, ortopedia, otorinolaringoiatria, oculistica.
<b>Fonte:</b>	Indagine telefonica Laboratorio MeS rivolta ai CUP delle Aziende Sanitarie e Aziende Ospedaliero-Universitarie della Regione Toscana.
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale: ≤ 15 giorni

## Indicatore B4: Strategie per il Controllo del Dolore

### Farmaci oppioidi erogati dalle farmacie territoriali

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

## Indicatore B4: Strategie per il Controllo del Dolore

### Farmaci oppioidi distribuiti direttamente

<b>Definizione:</b>	Consumo di farmaci oppioidi distribuiti direttamente per 1.000 residenti
<b>Numeratore:</b>	N. unità posologiche di farmaci oppioidi erogate x 1000
<b>Denominatore:</b>	Popolazione pesata secondo i criteri del PSR 2005-2007
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N.totale u.p. farmaci oppioidi consumate per principio attivo nel periodo} \times 1000}{\text{Popolazione pesata secondo i criteri del PSR 2005-2007}}$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	I farmaci oppioidi sono appartenenti alla classe ATC3 (classificazione anatomico-terapeutica) N02A. I dati sono per azienda di residenza e tengono conto della mobilità intraregionale.
<b>Fonte:</b>	Flusso FED
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media regionale

## Indicatore B4: Strategie per il Controllo del Dolore

### Indagini di soddisfazione degli utenti del percorso emergenza

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

## Indicatore B4: Strategie per il Controllo del Dolore

### Indagini di soddisfazione degli utenti del servizio di ricovero ordinario

<b>Definizione:</b>	Soddisfazione degli utenti del servizio di ricovero ordinario relativamente alla umanizzazione.
<b>Quesiti:</b>	L'indicatore è stato costruito tenendo conto di come gli utenti hanno risposto alle seguenti domande: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante il suo ricovero il personale sanitario le ha chiesto se provava dolore?</li> <li>• Pensa che lo staff dell'ospedale abbia fatto quanto possibile per controllare il suo dolore?</li> </ul>
<b>Nota metodologica di campionamento:</b>	<p><i>Popolazione di riferimento:</i> utenti accettati e dimessi nei periodi 14 settembre – 14 ottobre e 15 ottobre – 14 novembre, per un totale regionale di 55.316 pazienti. Non sono stati inseriti tra gli utenti campionabili i pazienti in regime di day hospital e day surgery, quanti sono stati ricoverati presso le terapie intensive, le rianimazioni e i nidi e quei pazienti che nella fase di reclutamento hanno dichiarato di non voler partecipare all'indagine.</p> <p><i>Campionamento:</i> per ogni azienda, sulla base della propria popolazione di riferimento, è stata individuata una numerosità campionaria che garantisca una significatività a livello aziendale <math>P=0,05</math> e una precisione delle stime <math>D=0,05</math>. La selezione del campione è stata realizzata secondo la tecnica del campionamento stratificato, dove la stratificazione è data dal "presidio ospedaliero".</p> <p><i>Campione:</i> la numerosità campionaria regionale complessiva è pari a 5.847 pazienti.</p> <p><i>Metodologia di rilevazione:</i> CATI (Computer Assisted Telephone Interview)</p>
<b>Fonte:</b>	Indagine "L'esperienza degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero ordinario" – Anno 2006 Laboratorio MeS

## Indicatore B5: Estensione ed Adesione agli Screening Oncologici

### Estensione dello screening mammografico

<b>Definizione:</b>	Percentuale di donne invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni)
<b>Numeratore:</b>	N. donne invitate allo screening in due anni
<b>Denominatore:</b>	Popolazione di riferimento (50-69)
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. donne invitate allo screening in due anni} \times 100}{\text{Popolazione di riferimento (50-69)}}$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Per l'estensione mammografica non si effettuano correzioni
<b>Fonte:</b>	I programmi di screening della regione Toscana - 8° rapporto annuale CSPO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale: >100%

## Indicatore B5: Estensione ed Adesione agli Screening Oncologici

### Adesione corretta dello screening mammografico

<b>Definizione:</b>	Percentuale di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate
<b>Numeratore:</b>	N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico
<b>Denominatore:</b>	N. donne invitate allo screening mammografico
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico}}{\text{N. donne invitate allo screening mammografico}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Nelle donne invitate allo screening sono escluse coloro che hanno effettuato di recente una MX
<b>Fonte:</b>	I programmi di screening della regione Toscana - Rapporto annuale CSPO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale: >80%

## Indicatore B5: Estensione ed Adesione agli Screening Oncologici

### Estensione corretta dello screening della cervice uterina

<b>Definizione:</b>	Percentuale di donne invitate allo screening cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64)
<b>Numeratore:</b>	N. donne invitate allo screening nei tre anni consecutivi.
<b>Denominatore:</b>	Popolazione di riferimento (25-64)
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. donne invitate allo screening per tre anni consecutivi}}{\text{Popolazione di riferimento (25-64)}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Nell'estensione corretta non si contano le donne escluse prima dell'invito
<b>Fonte:</b>	I programmi di screening della regione Toscana - Rapporto annuale CSPO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale: >100%

## Indicatore B5: Estensione ed Adesione agli Screening Oncologici

### Adesione corretta dello screening cervice uterina

<b>Definizione:</b>	Percentuale di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate
<b>Numeratore:</b>	N. donne che hanno partecipato allo screening
<b>Denominatore:</b>	N. donne invitate allo screening della cervice uterina
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. donne che hanno partecipato allo screening}}{\text{N. donne invitate allo screening della cervice uterina}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Nell'adesione corretta non si contano le donne escluse dopo l'invito
<b>Fonte:</b>	I programmi di screening della regione Toscana - Rapporto annuale CSPO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale: >60%

## Indicatore B5: Estensione ed Adesione agli Screening Oncologici

### Estensione corretta dello screening coloretale

<b>Definizione:</b>	Percentuale di persone invitate allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50-70)
<b>Numeratore:</b>	N. inviti allo screening coloretale in due anni
<b>Denominatore:</b>	Popolazione di riferimento (50-70)
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. inviti allo screening in due anni}}{\text{Popolazione di riferimento (50-70)}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Nell'estensione corretta non si contano le persone escluse prima dell'invito
<b>Fonte:</b>	I programmi di screening della regione Toscana - Rapporto annuale CSPO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale: >100%

## Indicatore B5: Estensione ed Adesione agli Screening Oncologici

### Adesione corretta dello screening colorettaie

<b>Definizione:</b>	Percentuale di persone che hanno partecipato allo screening colorettaie rispetto alle persone invitate
<b>Numeratore:</b>	N. persone che hanno partecipato allo screening colorettaie
<b>Denominatore:</b>	N. inviti allo screening colorettaie
<b>Formola matematica:</b>	$\frac{\text{N. persone che hanno partecipato allo screening colorettaie} \times 100}{\text{N. inviti allo screening colorettaie}}$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Nell'adesione corretta non si contano le persone escluse dopo l'invito
<b>Fonte:</b>	I programmi di screening della regione Toscana - Rapporto annuale CSPO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale: >70%

## Indicatore B6: Donazione di Organi

### Percentuale di Individuazione dei Potenziali Donatori di Organi

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

## Indicatore B6: Donazione di Organi

### Percentuale di Donatori Effettivi di Organi

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

## Indicatore B7: Copertura vaccinale

### Copertura per vaccino MPR

<b>Definizione:</b>	Copertura per vaccino MPR sulla popolazione bersaglio
<b>Numeratore:</b>	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR
<b>Denominatore:</b>	N. bambini vaccinabili
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR}}{\text{N. bambini vaccinabili}} \times 100$
<b>Fonte:</b>	Settore Igiene Pubblica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale: >90%

## Indicatore B7: Copertura vaccinale

### Copertura per vaccino antinfluenzale

<b>Definizione:</b>	Copertura per vaccino antinfluenzale sulla popolazione bersaglio
<b>Numeratore:</b>	Vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o superiore a 65 anni
<b>Denominatore:</b>	Popolazione di età pari o superiore a 65 anni
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{Vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o superiore a 65 anni}}{\text{Popolazione di età pari o superiore a 65 anni}} \times 100$
<b>Fonte:</b>	Settore Igiene Pubblica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale: >75%

## Indicatore B8: Tempestività trasmissione dati al Sistema Informativo Regionale

### Tempestività di trasmissione dei flussi al Sistema Informativo Regionale

<b>Definizione:</b>	Indice di Latenza annuale aziendale
<b>Formula matematica:</b>	Indice di latenza mensile di flusso: n. medio gg. di latenza/n.max gg. i latenza Indice di latenza mensile aziendale: media aritmetica indice latenza mensile di ogni flusso. Indice di latenza annuale: media aritmetica dei 12 indici di latenza mensile  L'indice di latenza varia tra 0, se i dati sono inviati lo stesso giorno in cui accade l'evento e 100, se i dati sono inviati l'ultimo giorno disponibile.
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Flussi regionali considerati per il calcolo: Certificato Assistenza al parto; Aborti Spontanei; Interruzioni volontarie di gravidanza; Farmaci erogati direttamente; Prestazioni ambulatoriali; Prestazioni di assistenza protesica; Prestazioni farmaceutiche; Prestazioni termali; Prestazioni di riabilitazione; Trasporti con elisoccorso; Contenuti tracciati delle prestazioni di ricovero.
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale: <40%
<b>Significato:</b>	Esprime la tempestività con cui l'azienda sanitaria invia i dati dei vari tracciati al sistema informativo regionale. Tanto è minore il valore dell'indicatore, tanto più significa che l'azienda invia tempestivamente i dati relativi ai flussi D.O.C. al Sistema Informativo Regionale.



## Indicatore B9: Equità ed Accesso

### Consultazione Medico di Famiglia secondo il titolo di studio del paziente

<b>Definizione:</b>	Consultazione del medico di famiglia per titolo di studio
<b>Numeratore:</b>	N. di pazienti che hanno dichiarato di aver/non aver consultato il medico di famiglia prima di recarsi al pronto soccorso per titolo di studio
<b>Denominatore:</b>	N. di pazienti che hanno partecipato all'intervista
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. di paziente che hanno dichiarato di aver/non aver consultato il medico di famiglia prima di recarsi al pronto soccorso per titolo di studio}}{\text{N. di pazienti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio}} \times 100$
<b>Quesiti:</b>	"Prima di rivolgersi al pronto soccorso si è recato dal suo medico di famiglia?"
<b>Titolo di studio:</b>	1. Nessun titolo o licenza elementare; 2. Licenza media inferiore; 3. Licenza media superiore; 4. Titolo universitario. (dichiarato nell'intervista)
<b>Fonte:</b>	Indagine telefonica "La soddisfazione degli utenti nei servizi di Pronto Soccorso" Anno 2006

## Indicatore B9: Equità ed Accesso

### Distribuzione Accessi nell'ultimo anno secondo il titolo di studio del paziente

<b>Definizione:</b>	Accessi al pronto soccorso nell'ultimo anno relativo all'intervista per titolo di studio
<b>Numeratore:</b>	N. di pazienti che hanno dichiarato di essersi recati in qualsiasi pronto soccorso (nessuna volta, una volta, due volte, oltre tre volte) durante l'ultimo anno relativo all'intervista (escluso l'accesso in oggetto) per titolo di studio
<b>Denominatore:</b>	N. di pazienti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. di pazienti che hanno dichiarato di essersi recati in qualsiasi pronto soccorso (nessuna volta, una volta, due volte, oltre tre volte) durante l'ultimo anno relativo all'intervista (escluso l'accesso in oggetto) per titolo di studio}}{\text{N. di pazienti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio}} \times 100$
<b>Quesiti:</b>	"Quante volte si è recato al pronto soccorso (qualsiasi pronto soccorso) nell'ultimo anno escluso l'accesso in oggetto?"
<b>Titolo di studio:</b>	1. Nessun titolo o licenza elementare; 2. Licenza media inferiore; 3. Licenza media superiore; 4. Titolo universitario. (dichiarato nell'intervista)
<b>Fonte:</b>	Indagine telefonica "La soddisfazione degli utenti nei servizi di Pronto Soccorso" Anno 2006 Laboratorio MeS





## Indicatore B9: Equità ed Accesso

### Distribuzione dei codici colore assegnati al triage secondo il titolo di studio del paziente

<b>Definizione:</b>	Codici colore assegnati al triage per titolo di studio
<b>Numeratore:</b>	N. di pazienti che hanno ricevuto un determinato codice colore (bianco, azzurro, verde, giallo, rosso, non assegnato) al triage per titolo di studio
<b>Denominatore:</b>	N. di pazienti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio
<b>Formola matematica:</b>	$\frac{\text{N. di pazienti che hanno ricevuto un determinato codice colore (bianco, azzurro, verde, giallo, rosso, non assegnato) al triage per titolo di studio}}{\text{N. di pazienti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio}} \times 100$
<b>Titolo di studio:</b>	1. Nessun titolo o licenza elementare; 2. Licenza media inferiore; 3. Licenza media superiore; 4. Titolo universitario. (dichiarato nell'intervista)
<b>Fonte:</b>	Flussi informativi Pronto Soccorso

## Indicatore B9: Equità ed Accesso

### Conoscenza del codice colore assegnato al triage secondo il titolo di studio del paziente

<b>Definizione:</b>	Confronto tra il codice colore dichiarato nell'intervista e codice colore effettivamente assegnato al triage per titolo di studio
<b>Numeratore:</b>	N. di pazienti che hanno dichiarato lo stesso/diverso codice colore che hanno effettivamente ricevuto al triage
<b>Denominatore:</b>	N. di pazienti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio
<b>Formola matematica:</b>	$\frac{\text{N. di pazienti che hanno dichiarato lo stesso/diverso codice colore che hanno effettivamente ricevuto al triage}}{\text{N. di pazienti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio}} \times 100$
<b>Quesiti:</b>	"Quale era il codice colore che le è stato assegnato?"
<b>Titolo di studio:</b>	1. Nessun titolo o licenza elementare; 2. Licenza media inferiore; 3. Licenza media superiore; 4. Titolo universitario. (dichiarato nell'intervista)
<b>Fonte:</b>	Flussi informativi Pronto Soccorso e Indagine telefonica "La soddisfazione degli utenti nei servizi di Pronto Soccorso" Anno 2006 Laboratorio MeS



## Indicatore B9: Equità ed Accesso

### Percezione del problema e codice colore assegnato secondo il titolo di studio del paziente

<b>Definizione:</b>	Confronto tra la percezione del problema che il paziente pensava di avere ed il codice colore effettivamente assegnato al triage per titolo di studio
<b>Numeratore:</b>	N. di pazienti che hanno pensato che il loro problema di salute fosse molto o moderatamente grave per titolo di studio
<b>Denominatore:</b>	N. di pazienti che hanno ricevuto un codice verde per titolo di studio
<b>Formola matematica:</b>	$\frac{\text{N. di pazienti che hanno pensato che il loro problema di salute fosse molto o moderatamente grave per titolo di studio}}{\text{N. di pazienti che hanno ricevuto un codice verde per titolo di studio}} \times 100$
<b>Quesiti:</b>	"Lei pensa che il suo problema di salute fosse: estremamente grave, molto grave, moderatamente grave, poco grave, per nulla grave."
<b>Titolo di studio:</b>	1. Nessun titolo o licenza elementare; 2. Licenza media inferiore; 3. Licenza media superiore; 4. Titolo universitario. (dichiarato nell'intervista)
<b>Fonte:</b>	Flussi informativi Pronto Soccorso e Indagine telefonica "La soddisfazione degli utenti nei servizi di Pronto Soccorso" Anno 2006 Laboratorio MeS

## Indicatore B9: Equità ed Accesso

### Rassicurazione del paziente da parte del personale dedicato secondo il titolo di studio del paziente

<b>Definizione:</b>	Rassicurazione del paziente da parte del personale dedicato durante il tempo di attesa per titolo di studio
<b>Numeratore:</b>	N. di pazienti che hanno dichiarato di essere/non essere stati rassicurati dal personale dedicato per titolo di studio
<b>Denominatore:</b>	N. di pazienti che hanno dichiarato di aver atteso oltre un'ora prima di essere visitati per titolo di studio
<b>Formola matematica:</b>	$\frac{\text{N. di pazienti che hanno dichiarato di essere/non essere stati rassicurati dal personale dedicato per titolo di studio}}{\text{N. di pazienti che hanno dichiarato di aver atteso oltre un'ora prima di essere visitati per titolo di studio}} \times 100$
<b>Quesiti:</b>	"Al pronto soccorso, dopo la registrazione (triage) quanto tempo ha atteso prima di essere visitato dal medico?" "Durante il periodo di attesa è stato rassicurato ed aiutato dal personale dedicato?"
<b>Titolo di studio:</b>	1. Nessun titolo o licenza elementare; 2. Licenza media inferiore; 3. Licenza media superiore; 4. Titolo universitario. (dichiarato nell'intervista)
<b>Fonte:</b>	Indagine telefonica "La soddisfazione degli utenti nei servizi di Pronto Soccorso" Anno 2006 Laboratorio MeS

## Indicatore B9: Equità ed accesso

### Mix di accesso al ricovero ospedaliero secondo il titolo di studio del paziente

<b>Definizione:</b>	Distribuzione delle modalità di accesso al ricovero ospedaliero per titolo di studio del paziente
<b>Numeratore:</b>	N. di pazienti che hanno risposto di essere stati ricoverati tramite pronto soccorso o ricovero programmato per titolo di studio
<b>Denominatore:</b>	N. di pazienti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. di pazienti che hanno risposto di essere stati ricoverati tramite pronto soccorso o ricovero programmato per titolo di studio}}{\text{N. di pazienti che hanno partecipato all'intervista}} \times 100$
<b>Quesiti:</b>	"Come è avvenuto il suo ricovero?" (1. Tramite pronto soccorso 2. programmato)
<b>Titolo di studio:</b>	1. Nessun titolo o licenza elementare; 2. Licenza media inferiore; 3. Licenza media superiore; 4. Titolo universitario. (dichiarato nell'intervista)
<b>Fonte:</b>	Indagine telefonica "La soddisfazione degli utenti nei servizi di Ricovero Ospedaliero Ordinario" Anno 2006 Laboratorio MeS

## Indicatore B9: Equità ed Accesso

### Distribuzione accesso al ricovero ospedaliero secondo il titolo di studio del paziente in un anno

<b>Definizione:</b>	Distribuzione del numero di accesso al ricovero ospedaliero in un anno per titolo di studio del paziente
<b>Numeratore:</b>	N. di pazienti che hanno risposto di essere stati ricoverati nessuna/una /due/oltre tre volte oltre il ricovero oggetto dell'intervista nell'arco dell'anno precedente l'intervista per titolo di studio
<b>Denominatore:</b>	N. di pazienti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. di pazienti che hanno risposto di essere stati ricoverati nessuna/una /due/oltre tre volte oltre il ricovero oggetto dell'intervista nell'arco dell'anno precedente l'intervista per titolo di studio}}{\text{N. di pazienti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio}} \times 100$
<b>Quesiti:</b>	"Ha avuto precedenti esperienze di ricovero nell'arco dell'ultimo anno, escludendo il ricovero oggetto dell'intervista?"
<b>Titolo di studio:</b>	1. Nessun titolo o licenza elementare; 2. Licenza media inferiore; 3. Licenza media superiore; 4. Titolo universitario. (dichiarato nell'intervista)
<b>Fonte:</b>	Indagine telefonica "La soddisfazione degli utenti nei servizi di Ricovero Ospedaliero Ordinario" Anno 2006 Laboratorio MeS

## Indicatore B9: Equità ed Accesso

### Informazioni fornite al medico di famiglia secondo il titolo di studio del paziente

<b>Definizione:</b>	Percentuale di pazienti che dichiarano che il loro medico di famiglia è/non è stato informato riguardo lo stato di salute e le terapie necessarie del paziente stesso
<b>Numeratore:</b>	N. di pazienti che hanno risposto che il proprio medico è/non è stato informato sulle condizioni di salute e sulle terapie per titolo di studio
<b>Denominatore:</b>	N. di pazienti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. di pazienti che hanno risposto che il proprio medico è/non è stato informato sulle condizioni di salute e sulle terapie per titolo di studio}}{\text{N. di pazienti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio}} \times 100$
<b>Quesiti:</b>	"Al momento delle dimissioni sono state fornite al suo medico di famiglia informazioni riguardanti il suo stato di salute e le terapie necessarie?"
<b>Titolo di studio:</b>	1. Nessun titolo o licenza elementare; 2. Licenza media inferiore; 3. Licenza media superiore; 4. Titolo universitario. (dichiarato nell'intervista)
<b>Fonte:</b>	Indagine telefonica "La soddisfazione degli utenti nei servizi di Ricovero Ospedaliero Ordinario" Anno 2006 Laboratorio MeS

## Indicatore B9: Equità ed Accesso

### Ricevimento informazioni su rischi legati alle cure ed alternative possibili secondo il titolo di studio del paziente

<b>Definizione:</b>	Percentuale di pazienti che dichiarano di essere/ non essere stati informati sui rischi e sulle alternative possibili per titolo di studio
<b>Numeratore:</b>	N. di pazienti che hanno risposto di essere/non essere stati informati sui rischi e sulle alternative possibili per titolo di studio
<b>Denominatore:</b>	N. di pazienti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. di pazienti che hanno risposto di essere/non essere stati informati sui rischi e sulle alternative possibili per titolo di studio}}{\text{N. di pazienti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio}} \times 100$
<b>Quesiti:</b>	"Ha ricevuto dai medici informazioni circa gli eventuali rischi legati alle cure e circa le alternative possibili?"
<b>Titolo di studio:</b>	1. Nessun titolo o licenza elementare; 2. Licenza media inferiore; 3. Licenza media superiore; 4. Titolo universitario. (dichiarato nell'intervista)
<b>Fonte:</b>	Indagine telefonica "La soddisfazione degli utenti nei servizi di Ricovero Ospedaliero Ordinario" Anno 2006 Laboratorio MeS

## Indicatore B9: Equità ed Accesso

### Coinvolgimento nelle decisioni relative a cure e trattamenti secondo il titolo di studio del paziente

<b>Definizione:</b>	Percentuale di pazienti che dichiarano di essere/ non essere stati coinvolti nelle decisioni relative a cure e trattamenti per titolo di studio
<b>Numeratore:</b>	N. di pazienti che hanno risposto di essere/non essere stati coinvolti nelle decisioni per titolo di studio
<b>Denominatore:</b>	N. di pazienti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio
<b>Formola matematica:</b>	$\frac{\text{N. di pazienti che hanno risposto di essere/non essere stati coinvolti nelle decisioni per titolo di studio}}{\text{N. di pazienti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio}} \times 100$
<b>Quesiti:</b>	"Si è sentito coinvolto nelle decisioni relative alle cure e ai trattamenti che la riguardavano?"
<b>Titolo di studio:</b>	1. Nessun titolo o licenza elementare; 2. Licenza media inferiore; 3. Licenza media superiore; 4. Titolo universitario. (dichiarato nell'intervista)
<b>Fonte:</b>	Indagine telefonica "La soddisfazione degli utenti nei servizi di Ricovero Ospedaliero Ordinario" Anno 2006 Laboratorio MeS

## Indicatore B10: Organizzazione del percorso assistenziale nel ricovero

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

## Indicatore B11: Complessità della casistica

### Peso medio dei Drg

<b>Definizione:</b>	Peso medio dei Drg
<b>Numeratore:</b>	Somma dei pesi dei Drg
<b>Denominatore:</b>	Numero di dimessi
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{Somma dei pesi dei Drg}}{\text{Numero di dimessi}}$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Si considerano esclusivamente i ricoveri ordinari
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie
<b>Significato:</b>	Il peso del Drg associato ad ogni ricoveri rispecchia la complessità della casistica, vale a dire il grado di impegno relativo, sia in termini di costi che di impegno clinico, di ciascun Drg rispetto al costo medio standard per ricovero

## Indicatore B11: Complessità della casistica

### Peso medio dei Drg chirurgici

<b>Definizione:</b>	Peso medio dei Drg chirurgici
<b>Numeratore:</b>	Somma dei pesi dei Drg chirurgici
<b>Denominatore:</b>	Numero di dimessi con Drg chirurgico
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{Somma dei pesi dei Drg chirurgici}}{\text{Numero di dimessi con Drg chirurgico}}$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Si considerano esclusivamente i ricoveri ordinari
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie
<b>Significato:</b>	Il peso del Drg associato ad ogni ricoveri rispecchia la complessità della casistica, vale a dire il grado di impegno relativo, sia in termini di costi che di impegno clinico, di ciascun Drg rispetto al costo medio standard per ricovero

## Indicatore B11: Complessità della casistica

### Peso medio dei Drg medici

<b>Definizione:</b>	Peso medio dei Drg medici
<b>Numeratore:</b>	Somma dei pesi dei Drg medici
<b>Denominatore:</b>	Numero di dimessi con Drg medico
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{Somma dei pesi dei Drg medici}}{\text{Numero di dimessi con Drg medico}}$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Si considerano esclusivamente i ricoveri ordinari
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie
<b>Significato:</b>	Il peso del Drg associato ad ogni ricoveri rispecchia la complessità della casistica, vale a dire il grado di impegno relativo, sia in termini di costi che di impegno clinico, di ciascun Drg rispetto al costo medio standard per ricovero

## Indicatore B11: Complessità della casistica

### Percentuale Drg chirurgici ad alta complessità

<b>Definizione:</b>	Percentuale Drg chirurgici ad alta complessità
<b>Numeratore:</b>	Numero di Drg chirurgici con peso $\geq 2,5$
<b>Denominatore:</b>	Numero di dimessi con Drg chirurgico
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. di Drg chirurgici con peso } \geq 2,5}{\text{N. di dimessi con Drg chirurgico}}$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Si considerano esclusivamente i ricoveri ordinari. Si considerano ad alta complessità i Drg con peso $\geq 2,5$
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie
<b>Significato:</b>	Il peso del Drg associato ad ogni ricoveri rispecchia la complessità della casistica, vale a dire il grado di impegno relativo, sia in termini di costi che di impegno clinico, di ciascun Drg rispetto al costo medio standard per ricovero.

## Indicatore B11: Complessità della casistica

### Peso medio dei Drg chirurgici ad alta complessità

<b>Definizione:</b>	Peso medio Drg chirurgici ad alta complessità
<b>Numeratore:</b>	Somma dei pesi dei Drg chirurgici con peso $\geq 2,5$
<b>Denominatore:</b>	Numero di dimessi con Drg chirurgico con peso $\geq 2,5$
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{Somma dei pesi dei Drg chirurgici con peso } \geq 2,5}{\text{N. di dimessi con Drg chirurgico con peso } \geq 2,5}$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Si considerano esclusivamente i ricoveri ordinari
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie
<b>Significato:</b>	Il peso del Drg associato ad ogni ricoveri rispecchia la complessità della casistica, vale a dire il grado di impegno relativo, sia in termini di costi che di impegno clinico, di ciascun Drg rispetto al costo medio standard per ricovero.

## Indicatore B12: Mobilità

### Percentuale fughe extra Area Vasta per Drg ad alta complessità

<b>Definizione:</b>	Fuga intraregionale extra Area Vasta per Drg ad alta complessità
<b>Numeratore:</b>	N. Residenti in AV dimessi in Toscana fuori AV con Drg ad alta complessità
<b>Denominatore:</b>	N. Residenti in AV dimessi in Toscana con Drg ad alta complessità
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. Residenti in AV dimessi in Toscana fuori AV con Drg ad alta complessità}}{\text{N. Residenti in AV dimessi in Toscana con Drg ad alta complessità}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Si considerano ad alta complessità i Drg con peso $\geq 2,5$
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie
<b>Significato:</b>	L'indicatore rileva quanti cittadini si spostano in una diversa Area Vasta da quella di residenza per un ricovero ospedaliero di alta complessità.

## Indicatore B12: Mobilità

### Indice di fuga extra Regione

<b>Definizione:</b>	Indice di fuga extraregionale
<b>Numeratore:</b>	N. dimissioni residenti toscani, erogate in altre regioni
<b>Denominatore:</b>	N. dimissioni residenti toscani ovunque erogate
<b>Formola matematica:</b>	$\frac{\text{N. dimissioni residenti toscani, erogate in altre regioni}}{\text{N. dimissioni residenti toscani ovunque erogate}} \times 100$
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media delle Aree Vaste

## Indicatore B12: Mobilità

### Percentuale di fughe extraregionali di alta complessità

<b>Definizione:</b>	Percentuale di fughe extraregionali di alta complessità
<b>Numeratore:</b>	N. dimissioni residenti toscani, erogate in altre regioni con Drg ad alta complessità
<b>Denominatore:</b>	N. dimissioni residenti toscani, erogate in altre regioni
<b>Formola matematica:</b>	$\frac{\text{N. dimissioni residenti toscani, erogate in altre regioni di alta complessità}}{\text{N. dimissioni residenti toscani, erogate in altre regioni}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Si considerano ad alta complessità i Drg con peso $\geq 2,5$
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie
<b>Significato:</b>	L'indicatore rileva la percentuale di casi complessi nei dimessi toscani fuori regione.

## Indicatore B12: Mobilità

### Attrazione intraregionale extra Area Vasta per Drg ad alta complessità

<b>Definizione:</b>	Attrazione intraregionale extra Area Vasta per Drg ad alta complessità
<b>Numeratore:</b>	N. dimessi toscani residenti fuori AV con Drg ad alta complessità
<b>Denominatore:</b>	N. dimessi toscani con Drg ad alta complessità
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. dimessi toscani residenti fuori AV con Drg ad alta complessità}}{\text{N. dimessi toscani con Drg ad alta complessità}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Si considerano ad alta complessità i Drg con peso $\geq 2,5$
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie
<b>Significato:</b>	L'indicatore rileva quanti cittadini vengono da una diversa Area Vasta da quella di residenza per un ricovero ospedaliero di alta complessità.

## Indicatore B12: Mobilità

### Indice di attrazione extraregionale

<b>Definizione:</b>	Indice di attrazione extraregionale
<b>Numeratore:</b>	N. dimissioni residenti non toscani, erogate in Toscana
<b>Denominatore:</b>	N. dimissioni erogate in Toscana
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. dimissioni residenti non toscani, erogate in Toscana}}{\text{N. dimissioni erogate in Toscana}} \times 100$
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie

## Indicatore B12: Mobilità

### Percentuale di attrazioni extraregionali di alta complessità

<b>Definizione:</b>	Percentuale di attrazioni extraregionali di alta complessità
<b>Numeratore:</b>	N. dimissioni residenti non toscani, erogate in Toscana con Drg ad alta complessità
<b>Denominatore:</b>	N. dimissioni residenti non toscani, erogate in Toscana
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. dimissioni residenti non toscani, erogate in Toscana di alta complessità}}{\text{N. dimissioni residenti non toscani, erogate in Toscana}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Si considerano ad alta complessità i Drg con peso $\geq 2,5$
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie
<b>Significato:</b>	L'indicatore rileva la percentuale di casi complessi nei dimessi non toscani

## Indicatore B13: Continuità Assistenziale nel Percorso Nascita

<b>Definizione:</b>	Valutare la continuità assistenziale nel percorso nascita dalla fase pre-parto alla fase post-parto attraverso l'esperienze delle utenti.
<b>Quesiti:</b>	L'indicatore comprende una serie di aspetti non oggetto di valutazione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pre-parto <ul style="list-style-type: none"> <li>• Libretto di guida alla gravidanza</li> <li>• Persona di riferimento durante la gravidanza</li> <li>• Affluenza d utilità del corso di preparazione alla nascita</li> </ul> </li> <li>• Parto <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistenza ostetrica</li> <li>• Concordezza delle informazioni sull'allattamento al seno</li> </ul> </li> <li>• Post-parto <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visite ostetriche a domicilio</li> <li>• Visita ginecologica</li> <li>• Visita pediatrica</li> <li>• Tutela della donna lavoratrice</li> <li>• Disagio al ritorno a domicilio</li> </ul> </li> </ul>
<b>Note per l'elaborazione:</b>	La valutazione sulla continuità assistenziale nel percorso nascita è data dalla sola domanda "Ritiene che ci sia coordinamento tra gli operatori sanitari nelle varie fasi del percorso?"
<b>Nota metodologica:</b>	La popolazione di riferimento è costituita dalle utenti che hanno partorito nel 2004 nelle aziende di residenza AUSL3, AUSL5, AUSL 8 ed AOUP e nel 2005 nelle aziende di residenza AUSL, AUSL2, AUSL 4, AUSL6, AUSL7, AUSL9, AUSL10, AUSL11 ed AUSL12. S Le interviste effettuate sono pari a 889 utenti per il 2004 e 2.831 per il 2005. Le interviste sono state effettuate nel mese di settembre 2004 e novembre-dicembre 2005. Il periodo di reclutamento per l'anno 2004: 01/06 – 10/09; per il 2005:20/03 – 20/09.
<b>Fonte:</b>	Indagine telefonica sul percorso materno infantile – Anno 2004-2005 Laboratorio MeS

## Indicatore B15: Capacità Attività di Ricerca

### Impact factor

<b>Definizione:</b>	Impact Factor (IF) dei dipendenti su riviste internazionali
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>Il criterio della ricerca per le pubblicazioni è il cognome del dipendente dell'azienda ospedaliero-universitaria: si considerano i dirigenti medici e non, sia universitari che ospedalieri.</p> <p>Si analizzano le pubblicazioni su riviste aventi diffusione internazionale censite dal Journal Citation Report (JCR-Science Edition 2005). Uno stesso articolo compare quindi tante volte quante sono gli autori che il motore di ricerca considera come tali. Una volta avuta la lista degli articoli, essa è stata collegata alla lista delle riviste e ai relativi IF riportati dal JCR. Le pubblicazioni risultate sono divise sia per dipartimento aziendale, sia per categoria tematica secondo al classificazione delle riviste riportata dal JCR.</p> <p>All'interno di uno stesso dipartimento e di una stessa categoria lo stesso articolo viene considerato una sola volta, mentre se un articolo compare in più dipartimenti esso viene considerato una volta per ogni diverso dipartimento di appartenenza.</p> <p>Per ciascuna delle categorie tematiche si confronta il valore medio dell'IF delle pubblicazioni su riviste appartenenti alla categoria di riferimento con l'IF aggregato della categoria stessa fornito dal JCR.</p>
<b>Fonte:</b>	Journal Citation Report

## Indicatore C1: Capacità di governo della domanda Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età

<b>Definizione:</b>	Tasso di ospedalizzazione per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età
<b>Numeratore:</b>	N. ricoveri relativi ai residenti
<b>Denominatore:</b>	N. residenti
<b>Formola matematica:</b>	$\frac{\text{N. ricoveri relativi ai residenti}}{\text{N. residenti}} \times 1.000$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti toscani</p> <p><i>Sono esclusi i ricoveri:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erogati da strutture private non accreditate</li> <li>- Relativi a neonati sani</li> </ul>
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale: <160 ‰ per il TO
<b>Standardizzazione:</b>	Età (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 1998, fonte ISTAT).
<b>Significato:</b>	E' un indicatore di governo della domanda; indica qual è il fabbisogno della popolazione residente nel territorio della Ausl in termini di ricoveri ospedalieri

La stessa modalità di costruzione di tale indicatore è stata applicata al Tasso di Ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per i Day Hospital, fatta eccezione per il Tasso di Ospedalizzazione del Day Hospital medico per il quale sono esclusi anche i ricoveri relativi ai Day Hospital oncologici (Drg 409, 410, 492).

## Indicatore C1: Capacità di governo della domanda

### Tasso di prestazioni specialistiche ambulatoriali standardizzato per età

<b>Definizione:</b>	Tasso di prestazioni specialistiche per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età
<b>Numeratore:</b>	N. prestazioni specialistiche ambulatoriali
<b>Denominatore:</b>	N. residenti
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. prestazioni specialistiche ambulatoriali}}{\text{N. residenti}} \times 100.000$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Si considerano le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate in Toscana a residenti toscani
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale – Flusso SPA
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media regionale
<b>Standardizzazione:</b>	Età (La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 1998, fonte ISTAT).
<b>Significato:</b>	E' un indicatore di governo della domanda; indica il fabbisogno della popolazione residente nel territorio della Ausl in termini di prestazioni specialistiche ambulatoriali

## Indicatore C2: Efficienza delle attività di ricovero

### Degenza media

<b>Definizione:</b>	Giorni di degenza media, per patologia
<b>Numeratore:</b>	N. giorni di degenza per patologia
<b>Denominatore:</b>	N. di dimessi per patologia
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. giorni di degenza, per patologia}}{\text{N. di dimessi, per patologia}}$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Sono inclusi solo i presidi pubblici e i pazienti maggiorenni. Si considerano solo i ricoveri ordinari.  Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60,75).  <i>Codifiche DRG Groupes XIX e ICD9-CM per patologia (vedi allegato)</i>
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media regionale
<b>Standardizzazione:</b>	Età e sesso (popolazione standard: insieme dei ricoveri toscani per quella patologia nell' anno di riferimento)

## Indicatore C2: Efficienza delle attività di ricovero

### Allegato - Degenza media

Patologia	DRG Grouper XIX	Diagnosi principale di dimissione ICD9-CM	Codice intervento chirurgico principale
Colecistectomia laparoscopica	493 or 494		51.23 or 51.24
Isterectomia	353 and		68.6 or 68.7 or 68.8 or 71.5
	or (354 or 355 or 358 or 359) and		68.3 or 68.4 or 68.5 or 68.51 or 68.59 or 68.9
Prostatectomia	(334 or 335) and		60.3 or 60.4 or 60.5 or 60.62 or 60.69
	or (336 or 337) and		60.2 or 60.21 or 60.29
	or 476		

## Indicatore C2: Efficienza delle attività di ricovero

### Allegato - Degenza media

Patologia	DRG Grouper XIX	Diagnosi principale di dimissione ICD9-CM	Esclusioni
Ictus	14		Esclusi i deceduti
IMA	121 or 122		Esclusi i deceduti
Emorragia gastrointestinale	174 or 175		
Scompenso cardiocircolatorio	127 and	402.01 or 402.11 or 402.91 or 428 or 428.0 or 428.1 or 428.9	
Polmonite	79 or 80 or 81 or 89 or 90 or 91		



## Indicatore C2: Efficienza delle attività di ricovero

### Coefficiente di variazione della degenza media

<b>Definizione:</b>	Coefficiente di variazione della degenza media, per patologia
<b>Numeratore:</b>	Deviazione standard della degenza media, per patologia
<b>Denominatore:</b>	Degenza media, per patologia
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{Deviazione standard della degenza media}}{\text{Degenza media}}$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>Sono inclusi solo i presidi pubblici e i pazienti maggiorenni. Si considerano solo i ricoveri ordinari.</p> <p>Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60,75)</p> <p><i>Codifiche DRG Grouper XIX e ICD9-CM per patologia</i></p>
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media regionale, standard di riferimento: 0,75-1
<b>Significato:</b>	Misura la variabilità del fenomeno; un basso valore dell' indicatore sta a significare che i ricoverati con una certa patologia hanno una degenza con una durata molto simile, ipotizzando che ciò sia dovuto all' applicazione di protocolli o procedure standard. Al contrario, valori sopra lo standard indicano una disomogeneità nella durata delle degenze, che può segnalare una differenza di comportamento dei professionisti.

## Indicatore C2: Efficienza delle attività di ricovero

### Percentuale di ricoveri con degenza superiore a 30 giorni

<b>Definizione:</b>	Percentuale di ricoveri con degenza superiore a 30 giorni, per azienda di erogazione
<b>Numeratore:</b>	N. di ricoveri con degenza superiore a 30 giorni
<b>Denominatore:</b>	N. dimissioni erogate
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. di ricoveri erogati > 30 giorni}}{\text{N. dimissioni}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>Si considerano solo i ricoveri ordinari</p> <p><i>Sono esclusi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- i ricoveri relativi a neonati sani</li> <li>- i pazienti ammessi, trasferiti o dimessi dai reparti di: Unità spinale 28, Psichiatria 40, Grandi ustionati 47, Terapia intensiva 49, Recupero e riabilitazione funzionale 56, Lungodegenti 60, Terapia intensiva neonatale 73, Neuroriabilitazione 75</li> <li>- erogati da strutture private non accreditate</li> </ul>
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo regionale - Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media regionale



### Indicatore C3: Efficienza pre-operatoria

#### Degenza media pre-operatoria (grezza)

<b>Definizione:</b>	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico
<b>Numeratore:</b>	Numero giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico
<b>Denominatore:</b>	Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico}}{\text{N. di dimessi sottoposti a intervento chirurgico}}$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>Sono inclusi solo i presidi pubblici. L'analisi è ristretta ai ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione. <i>Codifiche ICD-9 CM:</i> Codici di procedure chirurgiche: da 01 a 86 (interventi chirurgici maggiori, endoscopie e biopsie).</p> <p><i>Sono esclusi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75)</li> <li>- I dimessi che hanno un errore di compilazione nel campo relativo alla data dell'intervento</li> <li>- I pazienti che presentano un numero di giorni di degenza prima dell'intervento maggiore ad un anno</li> <li>- I dimessi con data di intervento chirurgico precedente alla data di ammissione</li> </ul>
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale: ≤ 1 giorno

### Indicatore C3: Efficienza pre-operatoria

#### Coefficiente di variazione della degenza media pre-operatoria

<b>Definizione:</b>	Coefficiente di variazione della degenza media pre-operatoria
<b>Numeratore:</b>	Deviazione standard della degenza media pre-operatoria
<b>Denominatore:</b>	Degenza media pre-operatoria
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{Deviazione standard della degenza media pre-operatoria}}{\text{Degenza media pre-operatoria}}$
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media regionale
<b>Significato:</b>	Misura la variabilità del fenomeno; maggiore è il valore dell'indicatore, maggiore è la disomogeneità della degenza media pre-operatoria all'interno della Asl

## Indicatore C4: Appropriatelyzza

### Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici

<b>Definizione:</b>	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
<b>Numeratore:</b>	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
<b>Denominatore:</b>	N. di dimessi da reparti chirurgici
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici}}{\text{N. di dimessi da reparti chirurgici}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>Le specialità chirurgiche selezionate sono:                      06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica</p> <p><i>Sono esclusi:</i>                      - i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59)                      - i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile)</p> <p>Vengono considerati Drg medici quelli di tipo "M" o senza nessuna indicazione nell'elenco delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, ex D.M. 30/06/97</p>
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale: ≤ 20%

## Indicatore C4: Appropriatelyzza

### Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day Surgery

<b>Definizione:</b>	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery
<b>Numeratore:</b>	N. colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day- Surgery
<b>Denominatore:</b>	N. colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery}}{\text{N. colecistectomie laparoscopiche}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>L'analisi è ristretta ai ricoveri programmati non urgenti e programmati con pre-ospedalizzazione.</p> <p><i>Codifiche DRG Grouper XIX:</i> DRG 493-494  <i>AND Codifiche ICD9-CM intervento chirurgico principale:</i> 51.23, 51.24</p>
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale: ≥ 80%

## Indicatore C4: Appropriatelyzza

### DRG LEA Chirurgici

<b>Definizione:</b>	Percentuale di standard raggiunti per i Drg LEA Chirurgici secondo la delibera G.R.T. 252/2006
<b>Numeratore:</b>	N. di standard raggiunti per i DRG Chirurgici LEA
<b>Denominatore:</b>	N. DRG Chirurgici LEA
<b>Formola matematica:</b>	$\frac{\text{N. standard raggiunti per i DRG Chirurgici LEA}}{\text{N. DRG Chirurgici LEA}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>I DRG considerati sono quelli individuati nella Delibera G.R.T. n.252 del 10.04.2006, che stabilisce per ogni Drg LEA Chirurgico la percentuale minima di interventi da effettuare in regime di Day-Surgery.</p> <p>Si considerano i ricoveri erogati in Toscana.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- relativi a neonati sani</li> <li>- relativi a day-hospital farmacologici</li> <li>- erogati da strutture private non accreditate</li> <li>- dimessi dai reparti di riabilitazione e lungodegenza</li> </ul>
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale: 100%

## Indicatore C4: Appropriatelyzza

### DRG LEA Medici

<b>Definizione:</b>	Percentuale di standard raggiunti per i Drg LEA Medici secondo la delibera G.R.T. 252/2006
<b>Numeratore:</b>	N. di standard raggiunti per i DRG Medici LEA
<b>Denominatore:</b>	N. DRG Medici LEA
<b>Formola matematica:</b>	$\frac{\text{N. standard raggiunti per i DRG Medici LEA}}{\text{N. DRG Medici LEA}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>I DRG considerati sono quelli individuati nella Delibera G.R.T. n.252 del 10.04.2006, che stabilisce per ogni Drg LEA Medico uno standard di riferimento, che corrisponde al tasso standardizzato di ospedalizzazione per 10.000 abitanti.</p> <p>Il tasso standardizzato di ospedalizzazione è calcolato rapportando le dimissioni attese al totale della popolazione standard. Le dimissioni attese sono ottenute sommando i tassi specifici per classe di età moltiplicati al numero di persone appartenente ad ogni fascia di età della popolazione presa a riferimento. La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 1998 (fonte ISTAT).</p> <p>Si considerano i soli ricoveri erogati in regione a favore di utenti residenti in Toscana.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- relativi a neonati sani</li> <li>- relativi a day-hospital farmacologici</li> <li>- erogati da strutture private non accreditate</li> <li>- dimessi dai reparti di riabilitazione e lungodegenza</li> </ul>
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale: 100%

## Indicatore C5: Qualità Clinica

### Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque delle strutture pubbliche toscane

<b>Definizione:</b>	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque delle strutture pubbliche toscane
<b>Numeratore:</b>	N. ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque delle strutture pubbliche toscane
<b>Denominatore:</b>	N. ricoveri
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC}}{\text{N. ricoveri}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>Si considerano i ricoveri erogati da presidi pubblici toscani relativi a pazienti residenti in Italia, con codice fiscale corretto, in regime di ricovero ordinario.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dimessi con trasferimento ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti; ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto o ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione (modalità di dimissione 6,8,9)</li> <li>- con reparto di ammissione: psichiatria (codice 40)</li> <li>- con reparto di dimissione: unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75)</li> </ul> <p>Si considera ripetuto il ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente: stesso codice fiscale, stessa MDC, tempo intercorso tra la ammissione e una precedente dimissione &lt;30 giorni</p> <p>Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda in cui avviene il precedente ricovero. Ad esempio, se avviene un terzo ricovero anch'esso entro 30 giorni dal primo, questo è attribuito all'azienda che ha effettuato il secondo ricovero.</p>
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media regionale

## Indicatore C5: Qualità Clinica

### Percentuale di fratture dell'anca operate entro 2 giorni dall'ammissione

<b>Definizione:</b>	Percentuale di interventi per endoprotesi dell'anca con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento $\leq 2$ giorni
<b>Numeratore:</b>	Numero interventi per endoprotesi dell'anca con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento $\leq 2$ giorni
<b>Denominatore:</b>	Numero interventi per endoprotesi dell'anca
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. interventi per endoprotesi dell'anca con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento } \leq 2 \text{ giorni}}{\text{N. interventi per endoprotesi dell'anca}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<i>Codice ICD9-CM in uno qualunque dei campi di intervento chirurgico:</i> 81.52 - Sostituzione parziale dell'anca
<b>Note per l'interpretazione:</b>	Endoprotesi dell'anca: l'intervento riguarda il rifacimento esclusivo della testa del femore conseguente a frattura in persone anziane. Questo rende conto della proporzione dei casi incidenti a favore della donna (osteoporosi).
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale: $\geq 80\%$

## Indicatore C5: Qualità Clinica

### Percentuale prostatectomia transuretrale

<b>Definizione:</b>	Percentuale di interventi di prostatectomia transuretrale
<b>Numeratore:</b>	Numero di interventi di prostatectomia transuretrale
<b>Denominatore:</b>	Numero interventi di prostatectomia
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. di interventi di prostatectomia transuretrale}}{\text{N. interventi di prostatectomia}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>Codifiche:</p> <p><b>Interventi di prostatectomia transuretrale:</b> DRG 336-337 &amp; Codice ICD9-CM di intervento principale 60.2, 60.21, 60.29</p> <p><b>Altri interventi di prostatectomia:</b></p> <p><i>Interventi maggiori sulle pelvi maschili:</i> DRG 334-335 &amp; Codice ICD9-CM di intervento principale 60.3, 60.4, 60.5, 60.62, 60.69</p> <p><i>Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale:</i> DRG 476</p>
<b>Fonte:</b>	Sistema informativo regionale – Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media intraregionale
<b>Significato:</b>	E' un indicatore di qualità clinica

## Indicatore C5: Qualità Clinica

### Mortalità intraospedaliera per infarto

<b>Definizione:</b>	Mortalità intraospedaliera per infarto
<b>Numeratore:</b>	Numero deceduti con diagnosi di infarto
<b>Denominatore:</b>	Numero dimessi con diagnosi di infarto
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. deceduti con diagnosi di infarto}}{\text{N. dimessi con diagnosi di infarto}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>Si considerano i ricoveri ordinari, dimessi da presidi pubblici.</p> <p>Infarto in diagnosi principale o in una delle secondarie.</p> <p><i>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale o una delle secondarie:</i> 410.xx Infarto miocardio acuto</p>
<b>Fonte:</b>	Sistema informativo regionale – Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media intraregionale (AUSL+AOU)

## Indicatore C5: Qualità Clinica

### Mortalità intraospedaliera per embolia polmonare

<b>Definizione:</b>	Mortalità intraospedaliera per embolia polmonare
<b>Numeratore:</b>	Numero deceduti con diagnosi di embolia polmonare
<b>Denominatore:</b>	Numero dimessi con diagnosi di embolia polmonare
<b>Formola matematica:</b>	$\frac{\text{N. deceduti con diagnosi di embolia polmonare}}{\text{N. dimessi con diagnosi di embolia polmonare}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Si considerano i ricoveri ordinari, dimessi da presidi pubblici. Embolia polmonare in diagnosi principale o in una delle secondarie. <i>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale o una delle secondarie:</i> 415.xx Malattia cardiopolmonare acuta
<b>Fonte:</b>	Sistema informativo regionale – Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media intraregionale (AUSL+AOU)

## Indicatore C5: Qualità Clinica

### Percentuale di utilizzo di una mammaria nel by-pass

<b>Definizione:</b>	Percentuale di utilizzo di una mammaria nel by-pass
<b>Numeratore:</b>	Numero dimessi con intervento di by-pass con utilizzo di una mammaria
<b>Denominatore:</b>	Numero dimessi con intervento di by-pass
<b>Formola matematica:</b>	$\frac{\text{N. dimessi con intervento di by-pass con una mammaria}}{\text{N. dimessi con intervento di by-pass}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Si considerano i ricoveri ordinari. Bypass in intervento principale o in uno dei secondari. <i>Codice ICD9-CM in uno qualunque dei campi di intervento chirurgico:</i> 36.1x Bypass per rivascularizzazione cardiaca di cui 36.15 Bypass singolo mammaria interna-arteria coronarica
<b>Fonte:</b>	Sistema informativo regionale – Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media Aziende Ospedaliero Universitarie

## Indicatore C5: Qualità Clinica

### Percentuale di interventi di riparazione della valvola mitrale

<b>Definizione:</b>	Percentuale di utilizzo di interventi di riparazione della valvola mitrale
<b>Numeratore:</b>	Numero dimessi con intervento di riparazione della valvola mitrale
<b>Denominatore:</b>	Numero dimessi con intervento alla valvola mitrale
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. dimessi con intervento di riparazione della valvola mitrale}}{\text{N. dimessi con intervento alla valvola mitrale}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>Si considerano i ricoveri ordinari. Intervento alla valvola mitrale in intervento principale o in uno dei secondari.</p> <p>NUM: codici intervento 35.02, 35.12 DEN: codici intervento 35.02, 35.12, 35.23, 35.24</p> <p><i>Codice ICD9-CM in uno qualunque dei campi di intervento chirurgico:</i> 35.02 Valvulotomia a cuore chiuso, valvola mitrale 35.12 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione 35.23 Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi 35.24 Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi</p>
<b>Fonte:</b>	Sistema informativo regionale – Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media Aziende Ospedaliero Universitarie

## Indicatore C5: Qualità Clinica

### Percentuale di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva

<b>Definizione:</b>	Percentuale di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva
<b>Numeratore:</b>	Numero di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva
<b>Denominatore:</b>	Numero di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva}}{\text{N. di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>Si considerano i ricoveri ordinari. Ventilazione in intervento principale o in uno dei secondari.</p> <p>NUM: codici intervento 93.90 DEN: codici intervento 93.90, 96.70, 96.72</p> <p><i>Codice ICD9-CM in uno qualunque dei campi di intervento chirurgico:</i> 93.90 Respirazione a pressione positiva continua (CPAP) 96.70 Ventilazione meccanica continua di durata non specificata 96.72 Ventilazione meccanica continua per 96 ore consecutive o più</p>
<b>Fonte:</b>	Sistema informativo regionale – Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media Aziende Ospedaliero Universitarie

## Indicatore C7: Materno-Infantile

### Percentuale di parti cesarei depurato

<b>Definizione:</b>	Percentuale di parti cesarei NTSV
<b>Numeratore:</b>	Numero di parti cesarei NTSV
<b>Denominatore:</b>	Numero di parti NTSV
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. parti cesarei NTSV}}{\text{N. parti NTSV}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex): <ul style="list-style-type: none"><li>• donne primipare,</li><li>• parto a termine tra la 38° e la 43° settimana di amenorrea incluse,</li><li>• parto non gemellare,</li><li>• bambino in posizione vertice</li></ul> Si escludono i parti con indicazione di procreazione medico-assistita Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale - Flusso CAP
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale: ≤ 15%
<b>Significato:</b>	E' un indicatore di appropriatezza della modalità di parto, relativo al comportamento dei professionisti riguardo al parto cesareo, depurato da fattori che possono aumentare il ricorso al cesareo stesso.

## Indicatore C7: Materno-Infantile

### Percentuale di parti indotti

<b>Definizione:</b>	Percentuale di parti con induzione farmacologica
<b>Numeratore:</b>	Numero di parti vaginali con induzione farmacologica
<b>Denominatore:</b>	Numero di parti vaginali
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. parti vaginali con induzione farmacologica}}{\text{N. parti vaginali}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Si escludono dal conteggio i parti dove la modalità del travaglio corrisponde a "non avvenuto", in cui il parto viene riconvertito in cesareo
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale - Flusso CAP
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media regionale

## Indicatore C7: Materno-Infantile

### Percentuale di episiotomia depurato

<b>Definizione:</b>	Percentuale di episiotomie su donne NTSV
<b>Numeratore:</b>	Numero di episiotomie effettuate su parti vaginali NTSV
<b>Denominatore:</b>	Numero di parti vaginali NTSV
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. episiotomie effettuate su parti vaginali NTSV}}{\text{N. parti vaginali NTSV}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• donne primipare,</li> <li>• parto a termine tra la 38° e la 43° settimana di amenorrea incluse,</li> <li>• parto non gemellare,</li> <li>• bambino in posizione vertice</li> </ul> <p>Si escludono dal conteggio i parti dove non è registrata l'informazione relativa all'episiotomia; per questo alcuni dati non sono disponibili o incompleti Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni</p>
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale - Flusso CAP
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media regionale

## Indicatore C7: Materno-Infantile

### Tasso di neonati con indice di Apgar <7 al 5° minuto da gravidanza fisiologica, per 1.000 nati vivi

<b>Definizione:</b>	Tasso di neonati con indice di Apgar <7 al 5° minuto da gravidanza fisiologica, per 1.000 nati vivi
<b>Numeratore:</b>	Numero di neonati con indice di Apgar <7 al 5° minuto da gravidanza fisiologica
<b>Denominatore:</b>	Numero nati vivi da gravidanza fisiologica
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. neonati con indice di Apgar <7 al 5° minuto da gravidanza fisiologica}}{\text{N. nati vivi da gravidanza fisiologica}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Si considerano i neonati con un valore di Apgar corretto (compreso tra i valori ammissibili): flag errore Apgar = 0
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale - Flusso CAP
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media regionale
<b>Significato:</b>	E' un indicatore di sofferenza fetale durante il parto



## Indicatore C7: Materno-Infantile

### Percentuale di utilizzo di ventosa e forcipe

<b>Definizione:</b>	Percentuale di parti con utilizzo di ventosa o forcipe
<b>Numeratore:</b>	Numero di parti con utilizzo di ventosa o forcipe
<b>Denominatore:</b>	Numero parti vaginali
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. parti vaginali con utilizzo di ventosa o forcipe}}{\text{N. parti vaginali}} \times 100$
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale - Flusso CAP
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media regionale

## Indicatore C7: Materno-Infantile

### Tasso di ricoveri in pediatria

<b>Definizione:</b>	Tasso di ricoveri di residenti in pediatria, in regime ordinario o in day hospital
<b>Numeratore:</b>	Numero di ricoveri di residenti in pediatria, in regime ordinario o in day hospital
<b>Denominatore:</b>	Popolazione residente (0-14 anni)
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. di ricoveri di residenti in pediatria, in regime ordinario o in day hospital}}{\text{Popolazione residente (0-14 anni)}} \times 100$
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media regionale



## Indicatore C7: Materno-Infantile

### Percentuale di fughe per parto

<b>Definizione:</b>	Percentuale di fughe per parto
<b>Numeratore</b>	N. parti di donne residenti erogati fuori Asl e AOU di riferimento e fuori regione
<b>Denominatore:</b>	N. parti di donne residenti nella Asl ovunque erogati
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. parti di residenti erogati fuori Asl e AOU di riferimento e Regione}}{\text{N. parti di residenti nella Asl ovunque erogati}} \times 100$
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Si considerano congiuntamente le Asl e AOU che insistono sullo stesso territorio; le fughe sono relative a parti di residenti avvenuti fuori Asl e AOU di riferimento e fuori Regione  <i>Codifiche DRG: 370-371-372-373-374-375</i>
<b>Parametro di riferimento</b>	Obiettivo regionale: ≤ 10%

## Indicatore C7: Materno-Infantile

### Saldo della mobilità per parto

<b>Definizione:</b>	Saldo della mobilità per parto: % attrazioni sull'erogato - % fughe sui residenti
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. parti non residenti erogati}}{\text{Totale parti erogati}} - \frac{\text{N. parti residenti}}{\text{Parti residenti}}$
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Si considerano congiuntamente le Asl e AOU che insistono sullo stesso territorio; le attrazioni si riferiscono a parti di non residenti avvenuti nella Asl, mentre le fughe sono relative a parti di residenti avvenuti fuori Asl, AOU di riferimento e fuori regione.  <i>Codifiche DRG: 370-371-372-373-374-375</i>
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media Regionale

## Indicatore C8: Valutazione dell'efficacia sanitaria delle attività territoriali

### Tasso di ricovero per polmonite ≥ 60 anni

<b>Definizione:</b>	Tasso di ricovero per polmonite per 100.000 residenti ≥ 60 anni
<b>Numeratore:</b>	N. ricoveri per polmonite ≥ 60 anni relativi ai residenti nella Ausl
<b>Denominatore:</b>	Popolazione ≥ 60 anni residente nella Ausl
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. ricoveri per polmonite } \geq 60 \text{ anni}}{\text{Popolazione } \geq 60 \text{ anni}} \times 100.000$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Sono esclusi i ricoveri extra regione Si considerano solo i ricoveri ordinari Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) <i>Codifiche: Drg 79-80-89-90</i>
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale medio: ≤ 462 x 100.000 abitanti

## Indicatore C8: Valutazione dell'efficacia sanitaria delle attività territoriali

### Tasso di ricovero per BPCO ≥ 65 anni

<b>Definizione:</b>	Tasso di ospedalizzazione per BPCO (BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva) per 100.000 residenti ≥ 65 anni
<b>Numeratore:</b>	N. ricoveri per BPCO ≥ 65 anni relativi ai residenti nella Ausl
<b>Denominatore:</b>	Popolazione ≥ 65 anni residente nella Ausl
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. ricoveri per BPCO } \geq 65 \text{ anni}}{\text{Popolazione } \geq 65 \text{ anni}} \times 100.000$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Sono esclusi i ricoveri extra regione. Si considerano solo i ricoveri ordinari. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75).  <i>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale:</i> 490: Bronchite, non specificata se acuta o cronica 491*: Bronchite cronica 492*: Enfisema 496*: Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale: ≤ 314,25 x 100.000 abitanti

## Indicatore C8: Valutazione dell'efficacia sanitaria delle attività territoriali

### Tasso di ricovero per scompenso cardiaco ≥ 65 anni

<b>Definizione:</b>	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti ≥ 65 anni
<b>Numeratore:</b>	N. ricoveri per scompenso cardio-circolatorio ≥ 65 anni relativi ai residenti nella Ausl
<b>Denominatore:</b>	Popolazione ≥ 65 anni residente nella Ausl
<b>Formola matematica:</b>	$\frac{\text{N. ricoveri per scompenso cardio-circolatorio } \geq 65 \text{ anni}}{\text{Popolazione } \geq 65 \text{ anni}} \times 100.000$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>Sono esclusi i ricoveri extra regione. Si considerano solo i ricoveri ordinari.</p> <p>Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75).</p> <p><i>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale:</i> 428.*, 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93</p> <p>Esclusi i dimessi con codici 35.**, 36.**, 37.** in uno qualunque dei campi di procedura.</p>
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale medio: ≤ 1484 x 100.000 abitanti

## Indicatore C8: Valutazione dell'efficacia sanitaria delle attività territoriali

### Tasso di ricoveri per diabete con complicazioni a lungo periodo

<b>Definizione:</b>	Tasso di ricoveri per diabete con complicazioni a lungo periodo per 100.000 residenti > 17 anni
<b>Numeratore:</b>	N. ricoveri per diabete con complicazioni a lungo periodo > 17 anni relativi ai residenti nella Ausl
<b>Denominatore:</b>	Popolazione > 17 anni residente nella Ausl
<b>Formola matematica:</b>	$\frac{\text{N. ricoveri per diabete con complicazioni a lungo periodo } > 17 \text{ anni}}{\text{Popolazione } > 17 \text{ anni}} \times 100.000$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>Sono esclusi i ricoveri extra regione Si considerano solo i ricoveri ordinari</p> <p>Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) - i dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie e disturbi del periodo neonatale)</p> <p><i>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale:</i> 250.4x: Diabete con complicanze renali 250.5x: Diabete con complicanze oculari 250.6x: Diabete con complicanze neurologiche 250.7x: Diabete con complicanze circolatorie periferiche 250.8x: Diabete con altre complicanze specificate 250.9x: Diabete con complicanze non specificate</p>
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale medio: < 21 x 100.000 abitanti

## Indicatore C8: Valutazione dell'efficacia sanitaria delle attività territoriali

### Tasso di ricovero per diabete

<b>Definizione:</b>	Tasso di ricoveri per diabete per 100.000 residenti > 17 anni
<b>Numeratore:</b>	N. ricoveri per diabete > 17 anni relativi ai residenti nella Ausl
<b>Denominatore:</b>	Popolazione residente > 17 anni residente nella Ausl
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. ricoveri per diabete > 17 anni}}{\text{Popolazione residente > 17 anni}} \times 100.000$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>Si considerano solo i ricoveri ordinari. Sono esclusi: - i ricoveri extra regione - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) - i dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie periodo neonatale)</p> <p><i>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale:</i>  <b>Diabete non controllato:</b> 250.02, 250.03: Diabete mellito scompensato  <b>Diabete con complicazioni a breve periodo</b>                  250.1x: Diabete con chetoacidosi                  250.2x: Diabete con iperosmolarità                  250.3x: Diabete con altri tipi di coma  <b>Diabete con complicazioni a lungo periodo</b>                  250.4x: Diabete con complicanze renali                  250.5x: Diabete con complicanze oculari                  250.6x: Diabete con complicanze neurologiche                  250.7x: Diabete con complicanze circolatorie periferiche                  250.8x: Diabete con altre complicanze specificate                  250.9x: Diabete con complicanze non specificate</p>
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media regionale

## Indicatore C8: Valutazione dell'efficacia sanitaria delle attività territoriali

### Tasso di concepimenti per 1.000 residenti minorenni

<b>Definizione:</b>	Tasso di concepimento per 1.000 residenti minorenni
<b>Numeratore:</b>	N. parti + N. interruzioni volontarie di gravidanza + N. aborti spontanei di donne minorenni residenti
<b>Denominatore:</b>	Popolazione di donne minorenni
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. CAP} + \text{N. IVG} + \text{N. AS di donne residenti 12-17 anni}}{\text{N. donne residenti 12-17 anni}} \times 1.000$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	La popolazione di riferimento è costituita da donne minorenni (12-17 anni) per azienda di residenza
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale - Flusso CAP, IVG, AS
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media regionale

## Indicatore C8: Valutazione dell'efficacia sanitaria delle attività territoriali

### Percentuale di ricoveri con degenza superiore a 30 giorni

<b>Definizione:</b>	Percentuale di ricoveri con degenza superiore a 30 giorni sui ricoveri per residenti
<b>Numeratore:</b>	N. dimessi con degenza superiore a 30 giorni per Ausl di residenza
<b>Denominatore:</b>	N. dimessi per Ausl di residenza
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. dimessi con degenza > 30gg per Ausl di residenza}}{\text{N. dimessi per Ausl di residenza}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>Si considerano i ricoveri erogati in Toscana relativi a residenti toscani. Si considerano solo i ricoveri ordinari.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- i ricoveri erogati da strutture private non accreditate</li> <li>- i ricoveri relativi ai neonati sani (Descrizione neonato sano= no neonato sano)</li> <li>- i pazienti ammessi, trasferiti o dimessi dai reparti di: Unità spinale 28, Psichiatria 40, Grandi ustionati 47, Terapia intensiva 49, Recupero e riabilitazione funzionale 56, Lungodegenti 60, Terapia intensiva neonatale 73, neuroriabilitazione 75</li> </ul>
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale: ≤ 1%
<b>Significato:</b>	E' un indicatore indiretto della capacità del territorio di evitare i cosiddetti ricoveri sociali

## Indicatore C8: Valutazione dell'efficacia sanitaria delle attività territoriali

### Tasso di dimessi con patologie psichiatriche > 17 anni

<b>Definizione:</b>	Tasso di dimessi con patologie psichiatriche per 100.000 residenti >17 anni
<b>Numeratore:</b>	N. dimessi con patologie psichiatriche > 17 anni relativi ai residenti nella Ausl
<b>Denominatore:</b>	Popolazione > 17 anni residente nella Ausl
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. dimessi con patologie psichiatriche > 17 anni}}{\text{Popolazione > 17 anni}} \times 1.000$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>Si considerano i ricoveri erogati in Toscana relativi a residenti toscani. Si considerano i ricoveri ordinari, di residenti maggiorenni, dimessi con DRG psichiatrici. <i>Codifiche DRG: 425 – 432</i></p> <p>Sono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate</p>
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media regionale

## Indicatore C8: Valutazione dell'efficacia sanitaria delle attività territoriali

### Percentuale di TSO su dimessi con patologie psichiatriche

<b>Definizione:</b>	Percentuale di TSO (ricovero per Trattamento Sanitario Obbligatorio) su dimessi da psichiatria > 17 anni
<b>Numeratore:</b>	N. TSO relativi ai residenti nella Ausl > 17 anni
<b>Denominatore:</b>	N. dimessi da psichiatria > 17 anni residenti nella Ausl
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. TSO per residenti > 17 anni}}{\text{N. residenti dimessi da psichiatria > 17 anni}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Si considerano i ricoveri erogati in Toscana relativi a residenti toscani. Si considerano i ricoveri ordinari, di residenti maggiorenni, dimessi con DRG psichiatrici. <i>Codifiche DRG:</i> 425 – 432 Sono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media regionale

## Indicatore C9: Appropriata prescrizione farmaceutica

### Inibitori di Pompa Protonica

<b>Definizione:</b>	Consumo di farmaci Inibitori di pompa protonica (IPP ATC= A02BC) erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
<b>Numeratore:</b>	N. unità posologiche erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
<b>Denominatore:</b>	Popolazione residente gennaio 2005 pesata secondo i criteri del PSR 2005-2007
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N.di unità posologiche erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale}}{\text{Popolazione residente gennaio 2005 pesata secondo i criteri del PSR 2005-2007}}$
<b>Fonte:</b>	Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale: <=8,1 u.p. delibera n°463/06

## Indicatore C9: Appropriatelyzza prescrittiva farmaceutica

### Tasso di abbandono delle Statine

<b>Definizione:</b>	Percentuale di utenti che consumano meno di 3 confezioni di statine (ATC= C10AA) all'anno erogati dalle farmacie in regime convenzionale
<b>Numeratore:</b>	N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di statine all'anno x100
<b>Denominatore:</b>	N. utenti che consumano statine
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di statine all'anno} \times 100}{\text{N. utenti che consumano statine}}$
<b>Fonte:</b>	Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
<b>Parametro di riferimento</b>	Obiettivo regionale, delibera n°463/06

## Indicatore C9: Appropriatelyzza prescrittiva farmaceutica

### Antagonisti dell'angiotensina II

<b>Definizione:</b>	Consumo di farmaci inibitori dell'angiotensina II associati e non associati (ATC= C09C e C09D) erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale rispetto al gruppo terapeutico C09 "sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina"
<b>Numeratore:</b>	N. confezioni di farmaci inibitori dell'angiotensina II associati e non associati erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale x 100
<b>Denominatore:</b>	N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 "sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina" erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. confezioni di farmaci inibitori dell'angiotensina II associati e non associati erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale} \times 100}{\text{N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 "sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina" erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale}}$
<b>Fonte:</b>	Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
<b>Parametro di riferimento</b>	Obiettivo regionale: <=20%, delibera n°463/06

## Indicatore C9: Appropriatelyzza prescrittiva farmaceutica

### Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI)

<b>Definizione:</b>	Consumo giornaliero in DDD su 1000 ab/die di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina SSRI (ATC= N06AB) erogati dalle farmacie territoriali per 1000 residenti
<b>Numeratore:</b>	N. totale DDD farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina SSRI (ATC= N06AB) consumati nel periodo per principio attivo x 1000
<b>Denominatore:</b>	N. residenti x giorni del periodo
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. totale DDD farmaci consumati nel periodo per principio attivo} \times 1000}{\text{N. residenti} \times \text{giorni nel periodo}}$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi
<b>Fonte:</b>	Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale: <= 30DDD per 1000 ab/die, delibera n°463/06

## Indicatore C10: Percorso oncologico

### Percentuale di interventi alla mammella di tipo conservativo in soggetti con tumore della mammella, per azienda di residenza

<b>Definizione:</b>	Percentuale di interventi alla mammella di tipo conservativo in soggetti con tumore della mammella per azienda di residenza
<b>Numeratore:</b>	Numero di interventi conservativi alla mammella per azienda di residenza
<b>Denominatore:</b>	Numero di interventi alla mammella per azienda di residenza
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. interventi conservativi mammella}}{\text{N. interventi mammella}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Codici ICD9-CM in diagnosi principale: <i>Interventi conservativi:</i> 85.21, 85.22 <i>Altri interventi:</i> 85.23, 85.41, 85.42, 85.43, 85.44, 85.45, 85.46, 85.7, 85.48
<b>Fonte:</b>	Elaborazioni del Registro Tumori della Regione Toscana – ITT, dall'archivio SDO Regionale consolidato
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media Regionale

## Indicatore C10: Percorso oncologico

**Percentuale di interventi al polmone extra AV e extra Toscana di soggetti con tumore del polmone o dei bronchi, per Area Vasta di residenza**

<b>Definizione:</b>	Percentuale di interventi al polmone extra AV e extra Toscana di soggetti con tumore del polmone o dei bronchi, per AV di residenza
<b>Numeratore:</b>	Numero interventi fuori AV e Toscana, per AV di residenza
<b>Denominatore:</b>	Numero totale interventi, per AV di residenza
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. interventi fuori AV e Toscana}}{\text{N. totale interventi}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Codici ICD9-CM in diagnosi principale: 32.09, 32.29, 32.3, 32.4, 32.5, 32.6, 32.9
<b>Fonte:</b>	Elaborazioni del Registro Tumori della Regione Toscana – ITT, dall'archivio SDO Regionale consolidato
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media Regionale

## Indicatore C10: Percorso oncologico

**Percentuale di soggetti deceduti a casa per tumore maligno, per azienda di residenza**

<b>Definizione:</b>	Percentuale di soggetti deceduti a casa per tumore maligno, per azienda di residenza
<b>Numeratore:</b>	Numero di deceduti a casa per tumore maligno
<b>Denominatore:</b>	Numero di deceduti per tumore maligno
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. deceduti a casa per tumore maligno}}{\text{N. deceduti per tumore maligno}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Nel luogo casa sono inseriti i dati relativi ai deceduti in RSA (dato presente nella certificazione ISTAT)
<b>Fonte:</b>	Elaborazioni del Registro Tumori della Regione Toscana – ITT, da fonte registro di Mortalità Regionale RMR
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media Regionale

## Indicatore D8: Percorso Emergenza

<b>Definizione:</b>	Livello di soddisfazione nel Percorso Emergenza
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>Il punteggio deriva dalla media pesata dei punteggi delle tre dimensioni di cui si compone l'indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Percorso complessivo</b></li> <li>- Come valuta globalmente la qualità dell'assistenza da Lei ricevuta in Pronto Soccorso?</li> <li>- Come valuta l'organizzazione del Pronto Soccorso nel suo complesso?</li> <li>- Qual è il suo giudizio sul tempo atteso prima di essere visitato dal medico?</li> <li>- Come valuta la capacità del personale infermieristico di comprendere all'arrivo al Pronto Soccorso la gravità del Suo problema di salute?</li> <li>- Come valuta l'attenzione a Lei dedicata dal personale sanitario per cercare di controllare/attenuare il dolore?</li> <li>- <b>Accoglienza e Privacy</b></li> <li>- Come valuta l'accoglienza e il comfort della sala d'attesa del Pronto Soccorso?</li> <li>- Quanto ritiene sia stato rispettato il Suo diritto alla riservatezza (privacy) durante la sua permanenza in Pronto Soccorso?</li> <li>- <b>Personale medico e infermieristico</b></li> <li>- Come valuta la professionalità e l'accuratezza nelle visite del personale medico?</li> <li>- Come valuta la cortesia/gentilezza del personale medico?</li> <li>- Come valuta le informazioni fornite dai medici riguardo al Suo stato di salute in termini di chiarezza e completezza?</li> <li>- Come valuta la professionalità del personale infermieristico?</li> <li>- Come valuta la cortesia/gentilezza del personale infermieristico?</li> </ul>
<b>Fonte:</b>	Indagine "L'esperienza degli utenti del Percorso Emergenza" – Anno 2006 Laboratorio MeS
<b>Popolazione di riferimento:</b>	<p>All'indagine ha partecipato un campione di utenti maggiorenni che si è recato in uno dei Pronto Soccorso toscani nel periodo settembre-ottobre 2006.</p> <p>Non hanno concorso alla determinazione del campione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Utenti che hanno espresso il proprio dissenso all'iniziativa,</li> <li>-Utenti esclusi al triage perché incoscienti, incapaci di intendere e di volere, o non parlano la lingua italiana</li> </ul>

## Indicatore D9: Abbandoni dal Pronto Soccorso

### % abbandoni dal Pronto Soccorso

<b>Definizione:</b>	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso
<b>Numeratore:</b>	N. abbandoni
<b>Denominatore:</b>	N. accessi al Pronto Soccorso
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. di abbandoni}}{\text{N. accessi al Pronto Soccorso}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Si intendono con abbandoni le persone che lasciano il Pronto Soccorso dopo il triage e prima della visita medica
<b>Fonte:</b>	Dati aziendali

## Indicatore D10: Livello di insoddisfazione Pronto Soccorso

### Percentuale insoddisfatti Qualità globale Pronto Soccorso

<b>Definizione:</b>	Livello di insoddisfazione nel Percorso Emergenza
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>Il punteggio deriva dalla media pesata dei punteggi delle tre dimensioni di cui si compone l'indicatore, tenendo conto soltanto degli utenti che hanno risposto "poco soddisfatto" e "per nulla soddisfatto":</p> <p><b>- Percorso complessivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Come valuta globalmente la qualità dell'assistenza da Lei ricevuta in Pronto Soccorso?</li> <li>- Come valuta l'organizzazione del Pronto Soccorso nel suo complesso?</li> <li>- Qual è il suo giudizio sul tempo atteso prima di essere visitato dal medico?</li> <li>- Come valuta la capacità del personale infermieristico di comprendere all'arrivo al Pronto Soccorso la gravità del Suo problema di salute?</li> <li>- Come valuta l'attenzione a Lei dedicata dal personale sanitario per cercare di controllare/attenuare il dolore?</li> </ul> <p><b>- Accoglienza e Privacy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Come valuta l'accoglienza e il comfort della sala d'attesa del Pronto Soccorso?</li> <li>- Quanto ritiene sia stato rispettato il Suo diritto alla riservatezza (privacy) durante la sua permanenza in Pronto Soccorso?</li> </ul> <p><b>- Personale medico e infermieristico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Come valuta la professionalità e l'accuratezza nelle visite del personale medico?</li> <li>- Come valuta la cortesia/gentilezza del personale medico?</li> <li>- Come valuta le informazioni fornite dai medici riguardo al Suo stato di salute in termini di chiarezza e completezza?</li> <li>- Come valuta la professionalità del personale infermieristico?</li> <li>- Come valuta la cortesia/gentilezza del personale infermieristico?</li> </ul>
<b>Fonte:</b>	Indagine "L'esperienza degli utenti del Percorso Emergenza" – Anno 2006 Laboratorio MeS
<b>Popolazione di riferimento:</b>	<p>All'indagine ha partecipato un campione di utenti maggiorenni che si è recato in uno dei Pronto Soccorso toscani nel periodo settembre-ottobre 2006.</p> <p>Non hanno concorso alla determinazione del campione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Utenti che hanno espresso il proprio dissenso all'iniziativa,</li> <li>-Utenti esclusi al triage perché incoscienti, incapaci di intendere e di volere, o non parlano la lingua italiana</li> </ul>

## Indicatore D11: Qualità dell'assistenza di ricovero

<b>Definizione:</b>	Soddisfazione degli utenti del servizio di ricovero ordinario relativamente alla qualità dell'assistenza ricevuta.
<b>Quesiti:</b>	<p>L'indicatore è stato costruito tenendo conto di come gli utenti hanno risposto alle seguenti domande:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Come valuta la cortesia e la disponibilità del personale medico?</li> <li>• Come valuta la cortesia e la disponibilità del personale infermieristico?</li> <li>• Come valuta l'accuratezza dell'assistenza sanitaria ricevuta dal personale medico?</li> <li>• Come valuta l'accuratezza dell'assistenza sanitaria ricevuta dal personale infermieristico?</li> <li>• Come valuta complessivamente l'esperienza di ricovero rispetto alle sue aspettative?</li> <li>• Come valuta complessivamente le cure che le sono state prestate?</li> </ul>
<b>Nota metodologica di campionamento:</b>	<p><i>Popolazione di riferimento:</i> utenti accettati e dimessi nei periodi 14 settembre – 14 ottobre e 15 ottobre – 14 novembre, per un totale regionale di 55.316 pazienti. Non sono stati inseriti tra gli utenti campionabili i pazienti in regime di day hospital e day surgery, quanti sono stati ricoverati presso le terapie intensive, le rianimazioni e i nidi e quei pazienti che nella fase di reclutamento hanno dichiarato di non voler partecipare all'indagine.</p> <p><i>Campionamento:</i> per ogni azienda, sulla base della propria popolazione di riferimento, è stata individuata una numerosità campionaria che garantisca una significatività a livello aziendale <math>P=0,05</math> e una precisione delle stime <math>D=0,05</math>. La selezione del campione è stata realizzata secondo la tecnica del campionamento stratificato, dove la stratificazione è data dal "presidio ospedaliero".</p> <p><i>Campione:</i> la numerosità campionaria regionale complessiva è pari a 5.847 pazienti.</p> <p><i>Metodologia di rilevazione:</i> CATI (Computer Assisted Telephone Interview)</p>
<b>Fonte:</b>	Indagine "L'esperienza degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero ordinario" – Anno 2006 Laboratorio MeS

## Indicatore D12: Umanizzazione nel ricovero

<b>Definizione:</b>	Soddisfazione degli utenti del servizio di ricovero ordinario relativamente alla umanizzazione.
<b>Quesiti</b>	<p>L'indicatore è stato costruito tenendo conto di come gli utenti hanno risposto alle seguenti domande:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si è sentito a suo agio nel parlare dei suoi problemi di salute con i medici e gli infermieri?</li> <li>• Ritiene che le visite e i colloqui sul suo stato di salute con il personale sanitario si siano svolti nel rispetto della riservatezza?</li> <li>• Come valuta l'accuratezza dell'assistenza sanitaria ricevuta dal personale medico?</li> <li>• Durante la sua degenza ha avuto la sensazione di non essere considerato come persona?</li> <li>• Durante il suo ricovero il personale sanitario le ha chiesto se provava dolore?</li> <li>• Pensa che lo staff dell'ospedale abbia fatto quanto possibile per controllare il suo dolore?</li> </ul>
<b>Nota metodologica di campionamento:</b>	<p><i>Popolazione di riferimento:</i> utenti accettati e dimessi nei periodi 14 settembre – 14 ottobre e 15 ottobre – 14 novembre, per un totale regionale di 55.316 pazienti. Non sono stati inseriti tra gli utenti campionabili i pazienti in regime di day hospital e day surgery, quanti sono stati ricoverati presso le terapie intensive, le rianimazioni e i nidi e quei pazienti che nella fase di reclutamento hanno dichiarato di non voler partecipare all'indagine.</p> <p><i>Campionamento:</i> per ogni azienda, sulla base della propria popolazione di riferimento, è stata individuata una numerosità campionaria che garantisca una significatività a livello aziendale <math>P=0,05</math> e una precisione delle stime <math>D=0,05</math>. La selezione del campione è stata realizzata secondo la tecnica del campionamento stratificato, dove la stratificazione è data dal "presidio ospedaliero".</p> <p><i>Campione:</i> la numerosità campionaria regionale complessiva è pari a 5.847 pazienti.</p> <p><i>Metodologia di rilevazione:</i> CATI (Computer Assisted Telephone Interview).</p>
<b>Fonte:</b>	Indagine "L'esperienza degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero ordinario" – Anno 2006 Laboratorio MeS

## Indicatore D13: Comunicazione sanitaria nel ricovero

<b>Definizione:</b>	Soddisfazione degli utenti del servizio di ricovero ordinario relativamente alla comunicazione sanitaria.
<b>Quesiti:</b>	<p>L'indicatore è stato costruito tenendo conto di come gli utenti hanno risposto alle seguenti domande:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Come valuta la completezza delle informazioni ricevute al momento del ricovero in ospedale?</li> <li>• Ritiene di essere stato adeguatamente informato sulle sue condizioni di salute e sui trattamenti necessari?</li> <li>• Al momento delle dimissioni le sono state fornite informazioni sul comportamento da tenere a casa (farmaci, visite di controllo, alimentazione, ...)?</li> <li>• Si è sentito coinvolto dalle decisioni relative alle cure e ai trattamenti che la riguardavano?</li> <li>• Ha ricevuto dai medici informazioni in merito ad eventuali rischi legati alle cure e su eventuali alternative possibili?</li> </ul>
<b>Nota metodologica di campionamento:</b>	<p><i>Popolazione di riferimento:</i> utenti accettati e dimessi nei periodi 14 settembre – 14 ottobre e 15 ottobre – 14 novembre, per un totale regionale di 55.316 pazienti. Non sono stati inseriti tra gli utenti campionabili i pazienti in regime di day hospital e day surgery, quanti sono stati ricoverati presso le terapie intensive, le rianimazioni e i nidi e quei pazienti che nella fase di reclutamento hanno dichiarato di non voler partecipare all'indagine.</p> <p><i>Campionamento:</i> per ogni azienda, sulla base della propria popolazione di riferimento, è stata individuata una numerosità campionaria che garantisca una significatività a livello aziendale <math>P=0,05</math> e una precisione delle stime <math>D=0,05</math>. La selezione del campione è stata realizzata secondo la tecnica del campionamento stratificato, dove la stratificazione è data dal "presidio ospedaliero".</p> <p><i>Campione:</i> la numerosità campionaria regionale complessiva è pari a 5.847 pazienti.</p> <p><i>Metodologia di rilevazione:</i> CATI (Computer Assisted Telephone Interview).</p>
<b>Fonte:</b>	Indagine "L'esperienza degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero ordinario" – Anno 2006 Laboratorio MeS

## Indicatore D14: Comfort e ambiente nel ricovero

<b>Definizione:</b>	Soddisfazione degli utenti del servizio di ricovero ordinario relativamente al comfort e all'ambiente.
<b>Quesiti:</b>	<p>L'indicatore è stato costruito tenendo conto di come gli utenti hanno risposto alle seguenti domande:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Come valuta l'organizzazione dell'orario delle visite dei familiari?</li> <li>• Come valuta la pulizia degli spazi messi a sua disposizione durante la degenza?</li> <li>• Come valuta il comfort della sua camera (letto, temperatura, ecc.)?</li> <li>• Come valuta la gradevolezza del cibo che le è stato offerto?</li> <li>• Gli orari di distribuzione del cibo sono stati adeguati alle sue necessità?</li> </ul>
<b>Nota metodologica di campionamento:</b>	<p><i>Popolazione di riferimento:</i> utenti accettati e dimessi nei periodi 14 settembre – 14 ottobre e 15 ottobre – 14 novembre, per un totale regionale di 55.316 pazienti. Non sono stati inseriti tra gli utenti campionabili i pazienti in regime di day hospital e day surgery, quanti sono stati ricoverati presso le terapie intensive, le rianimazioni e i nidi e quei pazienti che nella fase di reclutamento hanno dichiarato di non voler partecipare all'indagine.</p> <p><i>Campionamento:</i> per ogni azienda, sulla base della propria popolazione di riferimento, è stata individuata una numerosità campionaria che garantisce una significatività a livello aziendale <math>P=0,05</math> e una precisione delle stime <math>D=0,05</math>. La selezione del campione è stata realizzata secondo la tecnica del campionamento stratificato, dove la stratificazione è data dal "presidio ospedaliero".</p> <p><i>Campione:</i> la numerosità campionaria regionale complessiva è pari a 5.847 pazienti.</p> <p><i>Metodologia di rilevazione:</i> CATI (Computer Assisted Telephone Interview).</p>
<b>Fonte:</b>	Indagine "L'esperienza degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero ordinario" – Anno 2006 Laboratorio MeS

## Indicatore E1: Tasso di risposta all'indagine di clima interno

<b>Definizione:</b>	Tasso di risposta all'indagine di clima interno
<b>Numeratore:</b>	N. osservazioni rilevate (altri dipendenti + altri dirigenti)
<b>Denominatore:</b>	N. osservazioni attese (altri dipendenti + altri dirigenti)
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. osservazioni rilevate (altri dipendenti + altri dirigenti)}}{\text{N. osservazioni attese (altri dipendenti + altri dirigenti)}} \times 100$
<b>Fonte:</b>	Indagine di Clima Interno – Laboratorio MeS
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media Regionale
<b>Significato:</b>	L'indicatore esprime la percentuale di partecipazione dei dipendenti all'indagine di clima

## Indicatore E2: Tasso di Assenteismo

<b>Definizione:</b>	Tasso di assenteismo dei dipendenti
<b>Numeratore:</b>	N. ore di assenza
<b>Denominatore:</b>	N. ore lavorabili da contratto (al netto)
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. ore di assenza}}{\text{N. ore lavorabili da contratto (al netto)}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p><b>Il numero di ore di assenza (al netto) risulta dalla somma di:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. ore Gravidanza retribuita</li> <li>- n. ore Assenza per Malattia (100%, 90%, 50% e 0%)</li> <li>- n. ore Assenza per Infortuni</li> <li>- n. ore Permessi Retribuiti</li> </ul> <p><b>Il numero di ore lavorabili da contratto si intende al netto di:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. ore per Ferie di competenza</li> <li>- n. ore Permessi retribuiti</li> <li>- n. ore Distacco Sindacale</li> <li>- n. ore Permessi Sindacali</li> <li>- n. ore Sciopero</li> <li>- n. ore Astensione facoltativa per malattia del figlio</li> <li>- n. ore Aspettative senza assegni</li> </ul>
<b>Fonte:</b>	Dato Aziendale – Ufficio del Personale
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media Regionale
<b>Significato:</b>	L'indicatore mostra la percentuale di assenteismo dei dipendenti dell'azienda e può essere considerato una proxy del clima interno

## Indicatore E3: Tasso di Infortuni

<b>Definizione:</b>	Percentuale di Infortuni dei dipendenti dell'azienda
<b>Numeratore:</b>	Numero di infortuni
<b>Denominatore:</b>	Numero di ore lavorabili da contratto
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. di Infortuni}}{\text{N. di ore lavorabili da contratto}} \times 100.000$
<b>Fonte:</b>	Dato Aziendale – SSP / Ufficio del Personale
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media Regionale
<b>Significato:</b>	L'indicatore mostra il tasso di infortuni dei dipendenti dell'azienda e può essere considerato una proxy del clima interno



### Indicatore E4: Condizioni di Lavoro per i Responsabili di Struttura

<b>Definizione:</b>	Valutazione delle condizioni di lavoro da parte dei Responsabili di Struttura
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>Il punteggio deriva dalla media in quinti dei punteggi delle tre dimensioni di cui si compone l'indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>1/10 Il mio lavoro</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mi piace lavorare in questa azienda</li> <li>- Mi piace il mio lavoro</li> <li>- Nel mio lavoro mi sento responsabilizzato sulla qualità dei risultati/servizi</li> <li>- Mi trovo bene a lavorare nella mia struttura aziendale</li> </ul> </li> <li>• <b>2/10 Condizioni di lavoro</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ritengo che nella mia struttura aziendale l'ambiente di lavoro sia (da totalmente insoddisfacente a tot.soddisfacente)</li> <li>- Ritengo che l'atmosfera nel luogo di lavoro sia (da totalmente insoddisfacente a tot.soddisfacente)</li> </ul> </li> <li>• <b>3/10 Lavoro di gruppo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esiste una reale collaborazione fra le unità operative/uffici della mia azienda</li> <li>- Le prestazioni della mia struttura sono regolarmente controllate dalla Direzione Aziendale</li> <li>- La Direzione Aziendale è in grado di gestire situazioni conflittuali</li> <li>- Esiste una reale collaborazione fra la mia struttura e le altre strutture aziendali</li> </ul> </li> </ul>
<b>Fonte:</b>	Indagine di Clima Interno – Laboratorio MeS
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media Regionale
<b>Significato:</b>	L'indicatore esprime il grado di soddisfazione percepito dai responsabili di struttura rispetto al proprio lavoro, alle condizioni di lavoro ed al team working



### Indicatore E5: Management per i Responsabili di Struttura

<b>Definizione:</b>	Valutazione del management da parte dei Responsabili di Struttura
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>Il punteggio deriva dalla media in quinti dei punteggi delle tre dimensioni di cui si compone l'indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>4/10 Comunicazione e Informazione</b> riguardo a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risultati aziendali, Soddisfazione degli utenti, Atto aziendale e organizzazione della propria azienda,</li> <li>Qualità dei servizi erogati, Opinione esterna sull'azienda, Obiettivi aziendali, Opportunità formative, Decisioni e strategie prese dalla Direzione Aziendale, Valutazione dei risultati della propria struttura</li> </ul> </li> <li>• <b>5/10 Il mio responsabile</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La Direzione Aziendale mi dà un riscontro sulla qualità del mio lavoro</li> <li>- La Direzione Aziendale organizza con regolarità riunioni di analisi con i responsabili di struttura</li> <li>- Posso comunicare liberamente con la Direzione Aziendale</li> <li>- La Direzione Aziendale prende in considerazione le mie proposte di miglioramento</li> <li>- La Direzione Aziendale ci consulta quando devono essere prese decisioni che riguardano la mia struttura</li> </ul> </li> <li>• <b>6/10 La mia azienda</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mia azienda offre opportunità di crescita professionale</li> <li>- L'azienda incoraggia cambiamenti e innovazioni</li> <li>- La mia azienda incoraggia e facilita la collaborazione fra unità operative/uffici di strutture aziendali diverse</li> </ul> </li> </ul>
<b>Fonte:</b>	Indagine di Clima Interno – Laboratorio MeS
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media Regionale
<b>Significato:</b>	L'indicatore esprime il grado di soddisfazione percepito dai responsabili di struttura rispetto alla comunicazione e all'informazione, al diretto superiore ed alla propria azienda



### Indicatore E6: Condizioni di Lavoro per i Dipendenti

<b>Definizione:</b>	Valutazione delle condizioni di lavoro da parte dei dipendenti dell'azienda
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>Il punteggio deriva dalla media in quinti dei punteggi delle tre dimensioni di cui si compone l'indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>1/10 Il mio lavoro</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mi piace lavorare in questa azienda</li> <li>- Mi piace il mio lavoro</li> <li>- Il mio diretto superiore mi responsabilizza sulla qualità dei risultati/servizi</li> <li>- Normalmente ricevo direttive ed istruzioni chiare sull'attività che devo svolgere</li> <li>- Mi trovo bene a lavorare nella mia struttura/unità operativa/ufficio</li> </ul> </li> <li>• <b>2/10 Condizioni di lavoro</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ritengo che nella mia struttura aziendale l'ambiente di lavoro sia (da totalmente insoddisfacente a tot.soddisfacente)</li> <li>- Ritengo che l'atmosfera nel luogo di lavoro sia (da totalmente insoddisfacente a tot.soddisfacente)</li> <li>- Ritengo che l'organizzazione del mio lavoro sia (da totalmente insoddisfacente a tot.soddisfacente)</li> <li>- Ritengo che i miei orari di lavoro siano (da totalmente insoddisfacente a tot.soddisfacente)</li> </ul> </li> <li>• <b>3/10 Lavoro di gruppo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se ho qualche problema inerente al lavoro, i colleghi sono pronti ad aiutarmi</li> <li>- Con i colleghi della mia struttura esiste una reale collaborazione</li> <li>- Fra i reparti della mia struttura c'è collaborazione</li> <li>- Il mio diretto superiore è in grado di gestire situazioni conflittuali</li> <li>- Il lavoro all'interno del mio gruppo è ben pianificato al fine di raggiungere al meglio gli obiettivi previsti</li> <li>- Il mio diretto superiore verifica regolarmente le prestazioni del mio gruppo di lavoro</li> </ul> </li> </ul>
<b>Fonte:</b>	Indagine di Clima Interno – Laboratorio MeS
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media Regionale
<b>Significato:</b>	L'indicatore esprime il grado di soddisfazione percepito dai dipendenti rispetto al proprio lavoro, alle condizioni di lavoro ed al team working

### Indicatore E7: Management per i Dipendenti

<b>Definizione:</b>	Valutazione del management da parte dei dipendenti
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>Il punteggio deriva dalla media in quinti dei punteggi delle tre dimensioni di cui si compone l'indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>4/10 Comunicazione e Informazione</b> riguardo a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risultati aziendali, Soddisfazione degli utenti, Obiettivi del reparto/unità operativa in cui lavoro, Organizzazione dell'azienda in cui lavoro, Qualità dei servizi erogati, Opinione esterna sull'azienda, Organizzazione interna del reparto/unità di lavoro, Opportunità formative, Decisioni e strategie prese dalla Direzione Aziendale, Valutazione della mia prestazione e dei miei risultati</li> </ul> </li> <li>• <b>5/10 Il mio responsabile</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il mio diretto superiore mi dà un riscontro sulla qualità del mio lavoro</li> <li>- Il mio diretto superiore organizza regolarmente riunioni interne</li> <li>- Posso comunicare liberamente con il mio diretto superiore</li> <li>- Il mio diretto superiore mi aiuta a sviluppare le mie capacità</li> <li>- Il mio diretto superiore prende in considerazione le mie proposte di miglioramento</li> <li>- Il mio diretto superiore ci consulta quando devono essere prese decisioni che riguardano la nostra struttura</li> </ul> </li> <li>• <b>6/10 La mia azienda</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mia azienda offre opportunità di crescita professionale</li> <li>- L'azienda incoraggia cambiamenti e innovazioni</li> <li>- La mia azienda incoraggia e facilita la collaborazione fra unità operative/uffici di strutture aziendali diverse</li> </ul> </li> </ul>
<b>Fonte:</b>	Indagine di Clima Interno – Laboratorio MeS
<b>Parametro di riferimento:</b>	Media Regionale
<b>Significato:</b>	L'indicatore esprime il grado di soddisfazione percepito dai dipendenti rispetto alla comunicazione e all'informazione, al diretto superiore ed alla propria azienda