

CAPITOLO 9

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE REGIONALE DELLE PERFORMANCE

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE REGIONALE DELLE PERFORMANCE

I sistemi sanitari regionali italiani, orientati ad una logica universalistica di tipo *Beveridge*, perseguono l'obiettivo di garantire servizi congiuntamente efficaci, efficienti ed equi: sono chiamati a garantire un'assistenza sanitaria di elevata qualità, ad offrire servizi che rispondano ai reali bisogni degli utenti e ad assicurare la sostenibilità economica del sistema nel suo complesso. Se infatti è importante che le aziende sanitarie riescano a perseguire l'equilibrio economico-finanziario, questo non è però certamente sufficiente: fondamentale è che le risorse della collettività creino "valore", ossia che siano adeguatamente utilizzate, con efficienza e appropriatezza, per fornire servizi di elevata qualità, e che garantiscano l'accesso e l'equità, minimizzando la variabilità dell'offerta sanitaria non giustificata da differenti profili di bisogno.

Con questi presupposti, il Laboratorio management e sanità, costituito dalla Scuola superiore Sant'Anna grazie alla collaborazione con la Regione Toscana, ha progettato e implementato, in tutte le aziende sanitarie della Toscana fin dal 2005, il sistema di valutazione della performance, per misurare sia la capacità di ogni azienda di essere strategicamente efficace ed efficiente rispetto al territorio in cui opera e nell'ambito del sistema regionale in cui è inserita, sia il sistema sanitario regionale nel suo complesso¹.

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE

La Regione Toscana considera ormai da anni il sistema di valutazione della performance uno strumento essenziale per il governo del sistema sanitario regionale, in cui gli orientamenti strategici di lungo periodo sono monitorati congiuntamente con gli obiettivi di bre-

ve periodo e dove il governo della spesa è integrato con le misure di risultato, al fine di evidenziare il valore prodotto per il cittadino e la capacità di garantire un'assistenza sanitaria che risponda equamente e sempre meglio ai bisogni dell'utenza.

Il sistema è oggi utilizzato per supportare i processi di pianificazione e programmazione a livello aziendale e regionale ed è collegato al sistema incentivante per la direzione aziendale. Le aziende del sistema, a loro volta, hanno messo in relazione lo strumento al loro sistema di budget interno.

Il sistema è in molti suoi ambiti condiviso con un network di regioni italiane². Il confronto sistematico con altri sistemi sanitari regionali permette, attraverso l'uso rigoroso del *benchmarking*, di superare una logica valutativa autoreferenziale, di cogliere le opportunità di miglioramento, di diffondere le *best practice* e di valorizzare le eccellenze regionali. Compongono attualmente il network le seguenti regioni: Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Marche, Umbria, Veneto, Toscana, Provincia autonoma di Bolzano e Provincia autonoma di Trento. Dal 2015 aderiscono anche la Calabria e - in forma sperimentale - Lazio, Lombardia e Sardegna. Eccezion fatta per Lazio e Calabria, si tratta di regioni non in piano di rientro e non commissariate dal Ministero e quindi il network costituisce un contesto di confronto delle performance di livello medio-alto.

Con i referenti di queste regioni è in atto un proficuo lavoro di revisione continua dello strumento per adattarlo ai cambiamenti in atto nel sistema, per renderlo sempre più adeguato a supportare i processi decisionali della regione e delle aziende sanitarie e per permettere un confronto permanente dei risultati.

In ottica multidimensionale, i risultati conseguiti dalle Aziende sanitarie della Regione Toscana e dal sistema sanitario nel suo insieme sono analizzati secondo sei dimensioni di sintesi, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello sanitario. Le dimensioni della valutazione sono:

- la valutazione dei livelli di salute della popolazione (A)
- la valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali (B)
- la valutazione socio-sanitaria (C)
- la valutazione esterna, ossia il punto di vista dei cittadini (D)
- la valutazione interna, ossia il punto di vista dei dipendenti delle aziende sanitarie (E)
- la valutazione dell'efficienza operativa e della performance economico-finanziaria (F)

Le fasce in cui la valutazione viene espressa sono cinque:

- fascia verde, corrispondente ad una performance ottima;
- fascia verde chiaro, quando la performance è buona;
- fascia gialla, quando la performance non è negativa ma certamente presenta ampi spazi di miglioramento;
- fascia arancione, quando la valutazione presenta una situazione preoccupante e la performance può essere, anzi deve essere migliorata;
- fascia rossa, quando la valutazione indica che sono stati ottenuti risultati pessimi su cui è essenziale intervenire tempestivamente.

Per poter procedere al posizionamento delle misure relative agli indicatori individuati per ogni dimensione oggetto del

sistema di valutazione, sono stati adottati i seguenti criteri di riferimento nelle cinque fasce:

- se esistente, è stato considerato uno standard internazionale riconosciuto (ad esempio: il tasso di cesarei massimo auspicato dall'OMS);
- in caso di assenza di uno standard internazionale di riferimento è stato considerato uno standard regionale definito con delibera regionale o nel piano sanitario regionale;
- in caso di assenza di uno standard regionale di riferimento è stata considerata la media regionale corretta con eventuali fattori di *risk adjustment* (generalmente età e genere) per rendere possibile il confronto tra le aziende.

I sistemi di valutazione di cui Regione Toscana si è dotata – sia il sistema interno, sia il sistema inter-regionale – permettono di affiancare al monitoraggio trasversale della performance quello longitudinale del confronto temporale. Questo secondo elemento permette di analizzare anche le dinamiche dei diversi processi sanitari che congiuntamente costituiscono il sistema. Infine, la disponibilità di dati puntuali sulle singole aziende consente di valutare come le singole realtà siano capaci di rispondere in modo appropriato alle domande di salute dell'utente: l'analisi della variabilità geografica permette di includere la dimensione dell'equità nel processo di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane.

LA PERFORMANCE DEL SISTEMA SANITARIO TOSCANO

La Regione Toscana e le singole aziende quindi vedono rappresentata sinteticamente la propria performance

annuale in un bersaglio specifico per la propria realtà, in cui vengono riportati i valori di sintesi di circa 50 indicatori selezionati, di cui circa 40 sono utilizzati anche nel sistema di valutazione del network delle Regioni. Gli indicatori sul bersaglio rappresentano la sintesi di sotto-indicatori: complessivamente gli indicatori monitorati sono oltre 300 nel sistema di valutazione della Regione Toscana³, di cui circa 200 sono anche condivisi dal network delle Regioni⁴.

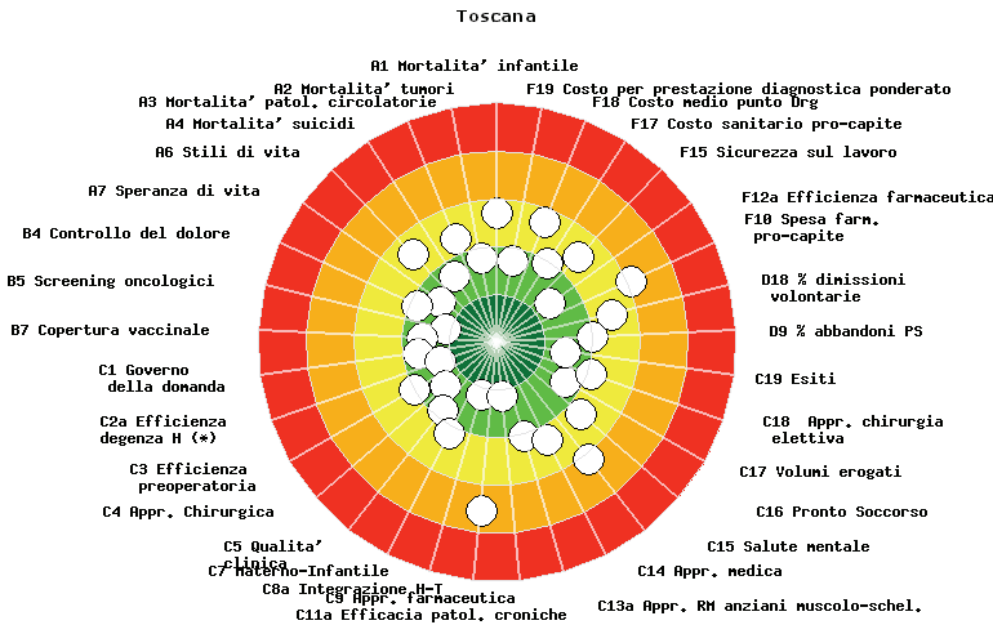
Le dimensioni del sistema di valuta-

zione comprendono indicatori alimentati con dati provenienti dal sistema informativo regionale, dai bilanci aziendali e da indagini sistematiche con rappresentatività statistica, realizzate direttamente dal Laboratorio management e sanità per garantire l'omogeneità delle metodologie adottate, essenziali per ottenere dati confrontabili. Di seguito il bersaglio della Toscana, anno 2013, nell'ambito del sistema di valutazione del network delle Regioni (**Figura 9.1**).

Nel 2013, così come in tutto il quin-

Figura 9.1

Il bersaglio della Regione Toscana nel network delle Regioni – Toscana, anno 2013 – Fonte: MeS



quennio 2009-2013, la Toscana ha presentato **risultati positivi** sui principali indicatori di **qualità, efficienza e appropriatezza**, garantendo contemporaneamente la sostenibilità economica dell'intero sistema. Il confronto inter-regionale mostra come il sistema sanitario regio-

nale toscano abbia saputo garantire, nel periodo 2009-2013, una performance elevata, eliminando o riducendo progressivamente le aree con performance pessima o scarsa e concentrando i risultati raggiunti nelle fasce centrali del bersaglio, con la metà degli indicatori di

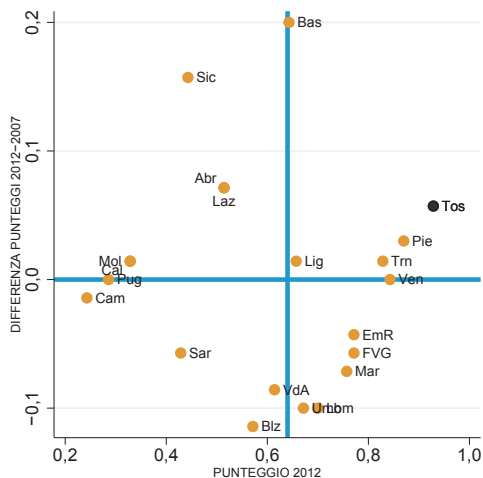
sintesi caratterizzati da una buona performance.

Un recente studio a cura del Laboratorio MeS confronta le performance di tutte le regioni italiane dal 2007 al 2012, attraverso l'esame di 14 indicatori inerenti l'assistenza sanitaria ospedaliera, territoriale e preventiva⁵. Per offrire un indice di sintesi della performance dei singoli sistemi sanitari regionali, i 14 indicatori sono stati normalizzati sulla base del *ranking* inter-regionale e successivamente composti in un unico indicatore, che assume un valore massimo ipotetico di 1 (nel caso in cui tutti gli indicatori della regione si collochino nel quintile migliore) e un valore minimo ipotetico di 0,2 (nel caso in cui tutti gli indicatori della regione si collochino nel quintile peggiore).

La **Figura 9.2** riassume graficamente il punteggio ottenuto da ogni Regione nel 2012 (asse delle ascisse) e la differenza rispetto al punteggio ottenuto nel 2007 (asse delle ordinate).

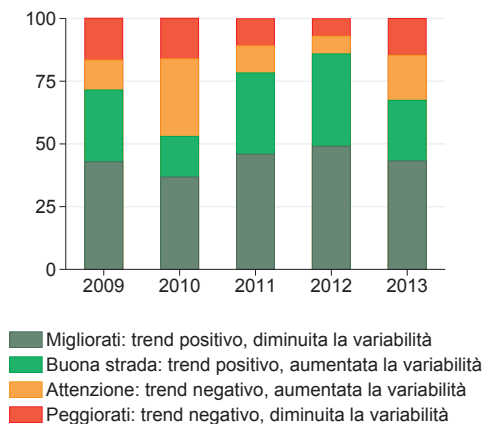
Nonostante avesse già nel 2007 una performance complessiva migliore delle altre Regioni, e quindi margini più contenuti per progredire ulteriormente, il sistema sanitario toscano mostra il *trend* più elevato di miglioramento tra il 2007 e il 2012 tra le Regioni posizionate nei quadranti di destra corrispondenti alle performance migliori, confermando nel 2012 la miglior performance inter-regionale ed evidenziando un costante impegno verso il miglioramento continuo dell'assistenza offerta. Inoltre, un'analisi più puntuale dei 14 indicatori di sintesi prova che la Regione ha da anni intrapreso un percorso di crescita bilanciato e sistematico, capace di governare congiuntamente l'attività di prevenzione, l'offerta ospedaliera e l'assistenza territoriale.

Figura 9.2
Performance e differenza di performance 2007-2012 – Regioni italiane, anno 2012 – Fonte: MeS



Questi risultati vengono confermati anche dall'analisi dell'andamento degli indicatori inseriti nel sistema di valutazione della performance del network delle Regioni. Mediamente, nel quinquennio 2009-2013, oltre il 70% degli indicatori utilizzati segna un miglioramento rispetto all'anno precedente (**Figura 9.3**).

Figura 9.3
Andamento degli indicatori del sistema di valutazione della performance – Toscana, periodo 2009-2013 – Fonte: MeS



L'elevata qualità dell'assistenza offerta e la sistematica capacità di miglioramento sono state conseguite perseguendo congiuntamente la **riduzione della variabilità** intra-regionale, ossia incrementando la capacità di garantire un'assistenza omogenea sul territorio toscano e riducendo la variabilità non giustificata da differenti esigenze sanitarie. L'esame congiunto della variabilità inter-aziendale e del *trend* dei singoli indicatori mostra come il sistema sia stato capace nel quinquennio non solo di garantire un'assistenza progressivamente migliore, ma anche di aver saputo orientare le aziende verso la diffusione delle *best practice* e la *governance* dei processi clinici, insistendo verso una crescente equità orizzontale e verticale e quindi garantendo risultati positivi più omogenei a livello inter-aziendale, superando un sistema sanitario a diverse velocità su base geografica.

Il sistema di valutazione della Toscana e del network delle Regioni, che contiene il dettaglio di tutti gli indicatori, è accessibile ai seguenti siti internet: <http://performance.sssup.it/toscana>, <http://performance.sssup.it/network>. La maggioranza degli indicatori presenti nel sistema di valutazione delle aziende sanitarie sono declinati anche a livello di zona-distretto, i cui dati sono visualizzabili sul seguente sito: <http://performance.sssup.it/zone>. I report del sistema di valutazione sono scaricabili sul sito del Laboratorio MeS: <http://meslab.sssup.it>. La diffusione dei risultati e la loro pubblicazione anche a livello internazionale è stata una scelta fondamentale effettuata dalla Regione Toscana per prima, in modo da render conto ai cittadini di quanto erogato in sanità, in termini di *accountability*, e da condividere all'interno della comunità scientifica l'esperienza sviluppata nel contesto regionale e del network⁶.

GLI INDICATORI DEL SISTEMA

Di seguito si presentano alcuni esempi dei risultati conseguiti, che risultano particolarmente significativi in termini di performance, capacità di miglioramento e riduzione della variabilità a livello territoriale, ospedaliero e nell'ambito della prevenzione.

Iniziando dall'ambito territoriale, che rappresenta un'area strategica del sistema sanitario toscano, potenziata con l'avvio, nel 2013, delle Aggregazioni funzionali territoriali (AFT), la Regione ha puntato alla progressiva estensione del *chronic care model* per quanto riguarda i servizi relativi alla presa in carico dei pazienti cronici. In questo contesto, il programma della sanità di iniziativa, che prevede una azione proattiva dei professionisti sanitari nella prevenzione e cura delle patologie croniche, ha mostrato un discreto incremento: la percentuale di popolazione > 16 anni assistita da MMG aderenti ai moduli della sanità di iniziativa passa da circa 35% nel 2011, anno di attivazione nella quasi totalità delle aziende sanitarie toscane, a oltre il 45% nel 2013, con l'obiettivo di raggiungere il 60% nel 2014.

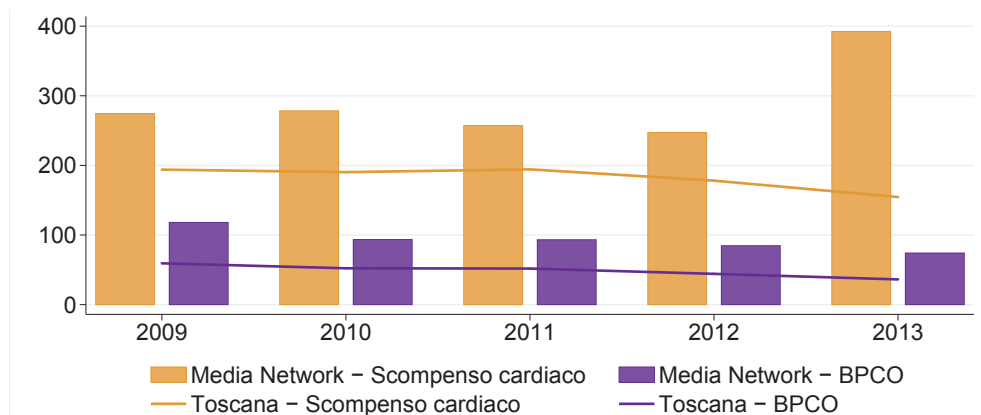
Tra i risultati di maggior rilievo nel periodo 2009-2013 e differenziali rispetto alle altre regioni, calcolati sulla popolazione complessiva, si osservano quelli conseguiti rispetto alla presa in carico dei pazienti diabetici: l'ospedalizzazione si riduce del 21% (passa da 21 a 17 per 100mila abitanti), così come il tasso di amputazioni maggiori, che passa dal 54% nel 2011 al 48% nel 2013. Anche l'ospedalizzazione per scompenso segna un risultato positivo e cala da 194 a 155 per 100mila abitanti (**Figura 9.4**). La Toscana raggiunge così i valori più bassi di questo indicatore rispetto a tutte le regioni del network. Anche

rispetto all'ospedalizzazione per BPCO la Toscana rappresenta la *best practice* all'interno del network nel 2013 (44,2

per 100mila residenti tra 50 e 74 anni, con una riduzione di circa il 40% dal 2009 e un evidente calo della variabilità

Figura 9.4

Tasso di ospedalizzazione per BPCO e scompenso cardiaco per 100.000 residenti – Toscana e media network delle Regioni, periodo 2009-2013 – Fonte: MeS



interna).

Gli indicatori di processo relativi alla gestione della cronicità invece mostrano risultati discordanti nel quinquennio, poiché in alcuni casi registrano un netto miglioramento, in altri segnali di peggioramento. Ad esempio, la percentuale di pazienti con scompenso in terapia con beta bloccanti aumenta del 28%, passando da 37% a 47%, mentre quella di pazienti in terapia con ACE inibitori e sartani scende dal 58% al 55%.

Diminuisce a livello regionale e in tutte le aziende il tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 giorni (da 0,93 a 0,64 per 1.000), che è una misura indiretta della integrazione tra ospedale e territorio, sebbene ancora nel 2013 ci sia una consistente variabilità tra le aziende (**Figura 9.5**). Anche in questo caso la Toscana presenta nel 2013 il valore più basso rispetto al network.

Sul versante delle prestazioni diagnostiche, pur mantenendo pressoché costante a livello regionale il tasso di

prestazioni, che nel 2013 risulta allineato con la media del network delle Regioni, i dati mostrano **una significativa riduzione degli esami diagnostici ad alto rischio di inappropriately**, quali le risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per i pazienti con più di 65 anni, che si riducono del 18%, passando da 25 a 20 per 1.000 abitanti. Questo valore rappresenta uno tra i più bassi tassi nell'ambito del network, fatta eccezione per Marche e l'Umbria, che nel 2013 si posizionano su valori inferiori.

Il sistema tiene anche dal punto di vista della **spesa farmaceutica territoriale**, che nel 2013 risulta pari a 195 euro pro capite, con una riduzione del 9% rispetto ai 214 euro pro capite del 2009, nonostante si registri un incremento nei consumi, in particolare di antiacidi e di antibiotici (**Figura 9.6**). Sulla spesa farmaceutica territoriale si registrano comunque margini di miglioramento, in quanto la spesa netta della Toscana nel 2013 è più elevata della media del net-

Figura 9.5

Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti – Toscana, periodo 2009-2013 e variabilità inter-aziendale 2013 – Fonte: MeS

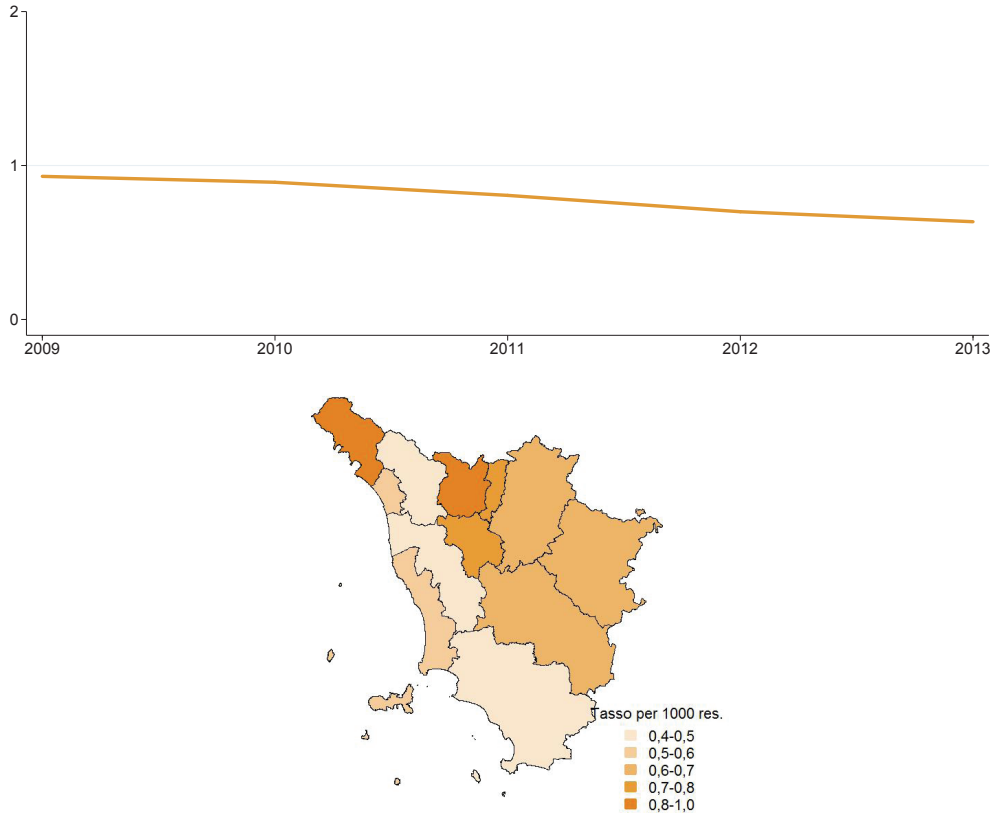
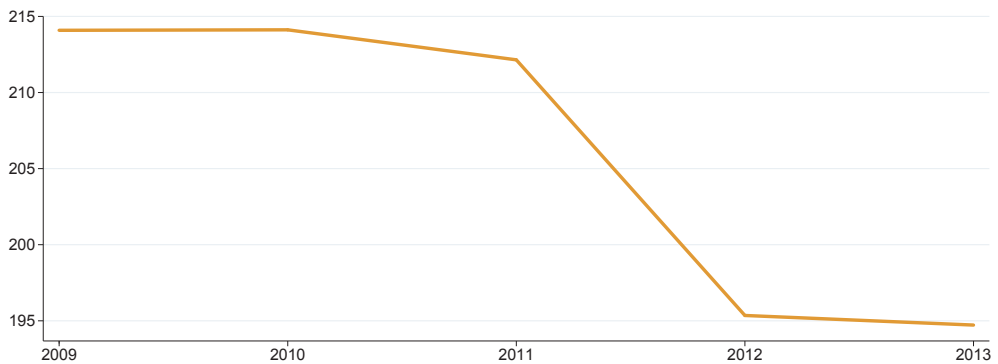


Figura 9.6

Spesa farmaceutica pro capite, in euro – Toscana, periodo 2009-2013 – Fonte: MeS



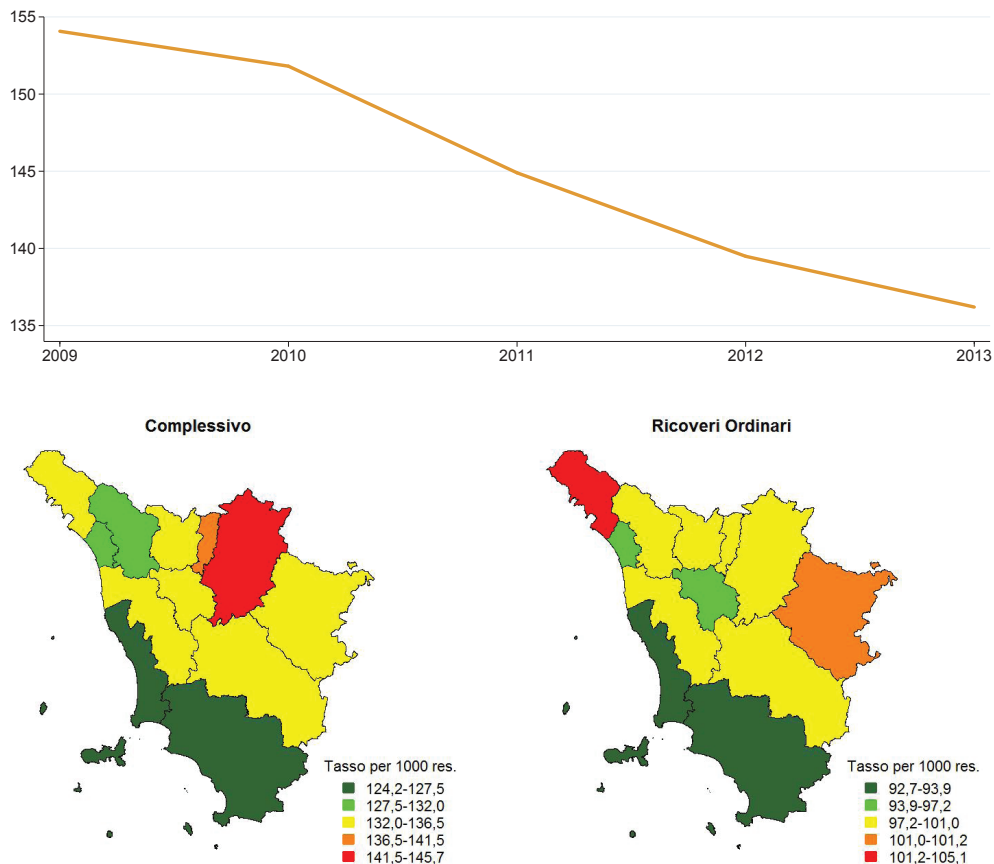
work delle Regioni.

Grazie al potenziamento dell'assistenza territoriale, si sono evoluti nel quinquennio anche la fisionomia e il ruolo dell'ospedale, che da luogo di risposta per qualsiasi problema di natura sanitaria e socio-sanitaria intende diventare sempre più riferimento ad alto livello tecnologico, in grado di fornire risposte assistenziali a problemi acuti. Un ricorso al ricovero ospedaliero più intensivo di quello realmente necessario determina

inoltre un utilizzo inappropriato di risorse. In virtù di queste considerazioni, rappresenta quindi un risultato positivo la riduzione del 12% del tasso di ospedalizzazione, che scende da 154 a 136 per 1000 abitanti nel periodo 2009-2013, nonostante sia ancora presente nel 2013 una discreta variabilità inter-aziendale sia rispetto alle ospedalizzazioni complessive che ai soli ricoveri ordinari (**Figura 9.7**). Il dato risulta comunque tra i più bassi del network regioni nel 2013,

Figura 9.7

Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 residenti – Toscana, periodo 2009-2013 e variabilità inter-aziendale 2013 per regime di ricovero – Fonte: MeS



insieme a quello del Veneto.

Ampi margini di miglioramento e rilevante variabilità si registrano ancora nel tasso di ospedalizzazione relativo ai pazienti pediatrici, pur segnando complessivamente una diminuzione di circa 3% a livello regionale rispetto al 2009, attestandosi nel 2013 a 10,2 per 100 residenti minori di 14 anni. Migliorano invece significativamente il tasso di ospedalizzazione per gastroenterite e per asma in pazienti minorenni (rispettivamente da 172,5 a 92,4 per 100.000 residenti sotto ai 18 anni e da 39,5 a 24,8 per 100.000 residenti da 2 a 17 anni nel periodo 2009-2013), registrando anche un rilevante calo della variabilità interaziendale.

Per quanto riguarda l'efficienza, i dati mostrano dal 2009 al 2013 una significativa riduzione dell'indice di performance della degenza media (IPDM), che confronta la degenza media registrata per ciascun ricovero con la media regionale per la stessa tipologia di ricovero, permettendo una valutazione omogenea delle strutture, dal momento che le aziende sono messe a confronto tenendo conto della casistica erogata e quindi rispetto alla tipologia di pazienti trattati. La riduzione dell'IPDM rappresenta quindi un miglioramento dell'efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni. Nel 2013, la Toscana presenta uno tra i valori più contenuti del network (-0,86), superiore soltanto a quello dell'Emilia Romagna.

Nella gestione dell'assistenza sanitaria, l'efficienza è sistematicamente conseguita grazie all'appropriatezza dei ricoveri. Rispetto agli indicatori definiti a livello nazionale, capaci di misurare l'appropriatezza medica e chirurgica dei ricoveri toscani, si registra un miglioramento negli ultimi anni. Il livello di raggiungimento degli standard relativi al ri-

spetto delle soglie individuate sui tassi di ospedalizzazione per i DRG LEA medici è più che triplicato, passando da circa il 26% a quasi l'89%. È uno tra i migliori valori se confrontato con quelli del network Regioni nel 2013, superiore soltanto a quello del Veneto. Anche per i DRG LEA chirurgici il dato regionale, che monitora il rispetto degli standard relativi alla casistica da trattare in regime di *day surgery*, si osserva un miglioramento dal 71% al 78% circa dal 2010 al 2013, con valori allineati alla media del network delle Regioni.

Rimanendo nell'ambito della appropriatezza chirurgica, è molto positivo il risultato sulla riduzione della percentuale di *day hospital* medici con finalità diagnostica, che dovrebbero essere erogati generalmente in regime ambulatoriale e che scende dal 36% nel 2011 al 24% nel 2013. È uno tra i migliori valori se confrontato con quelli del network Regioni nel 2013, superiore soltanto a quello del Veneto e della P.A. Trento.

La maggiore efficienza e appropriatezza ospedaliera non ha determinato una riduzione della qualità dei servizi di ricovero: nel 2007 la media italiana delle fratture di femore operate entro 2 giorni era pari al 33% e la Regione Toscana risultava al 37%, nel 2011 la Regione Toscana arriva al 60% a fronte di una media nazionale ferma al 39% e nel 2013 conferma il risultato ottenuto nel 2012, assestandosi al 71% (**Figura 9.8**). Tale valore nel network delle Regioni è inferiore soltanto a quello della P.A. Bolzano.

Nell'ambito del **percorso materno-infantile**, si osserva una riduzione della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV), che nel 2013 scende al 18,6%, con un calo di circa 9% rispetto al 2009 e tra i più bassi valori nell'ambito del network, superato solo da quello del Friuli-Venezia Giulia (**Figura 9.9**)

Figura 9.8

Percentuale di fratture di femore operate entro 2 giorni – Toscana e media network delle Regioni, periodo 2009-2013 – Fonte: MeS

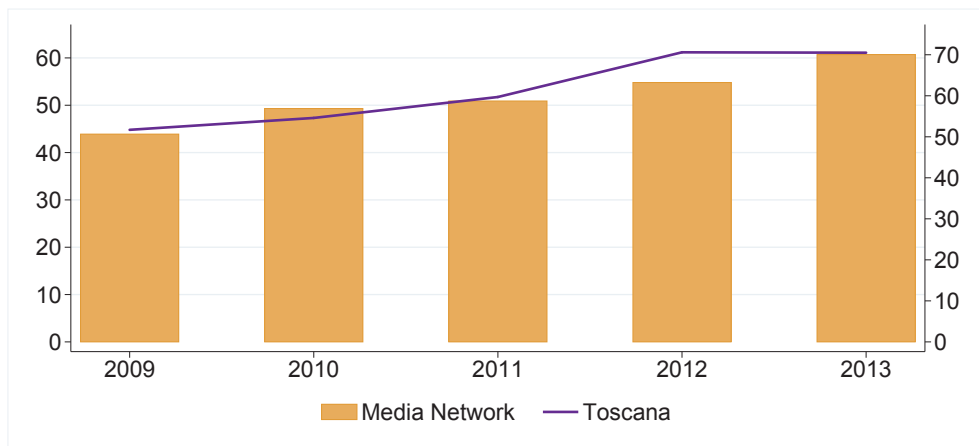
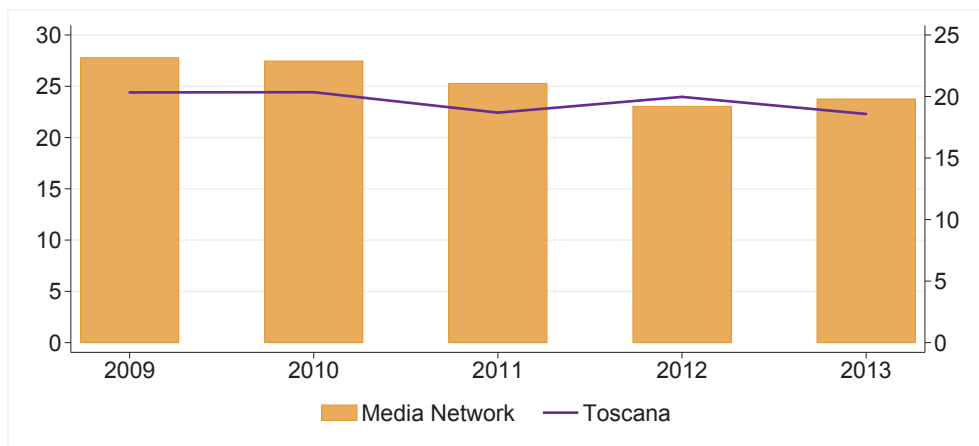


Figura 9.9

Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV) – Toscana e media network delle Regioni, periodo 2009-2013 – Fonte: MeS



Nell'ambito del percorso emergenza urgenza, che ha registrato un andamento lievemente altalenante nel periodo 2010-2013 degli accessi in Pronto Soccorso, i tempi di attesa presentano un lieve miglioramento in questi anni. Nel 2013, il 72% dei pazienti con codice giallo viene visitato entro 30 minuti e il 78% dei codici verdi entro 1 ora e su ques-

to esistono margini di miglioramento in quanto la maggior parte delle Regioni del network presenta valori più elevati; oltre il 91% dei pazienti che vengono ricoverati da Pronto soccorso restano in PS meno di 8 ore. Si registra infine una riduzione progressiva degli abbandoni al PS, che calano a livello regionale di oltre 36% (da 3,9% nel 2010 a 2,5% nel

2013), raggiungendo uno dei valori più contenuti del network.

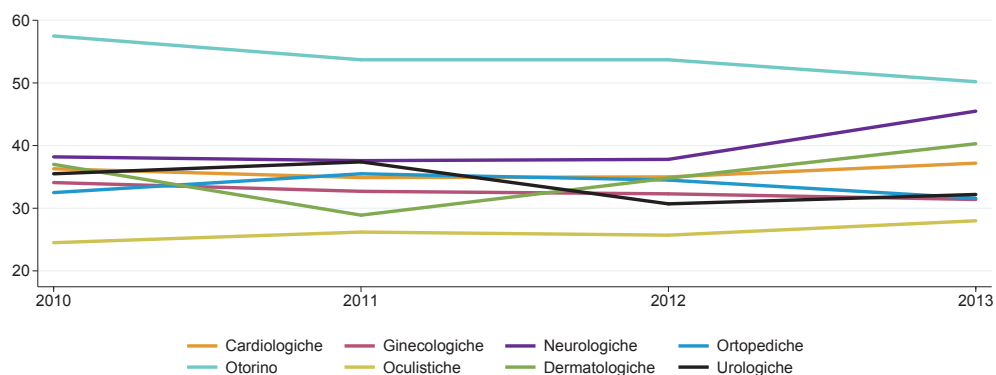
Un altro aspetto molto sentito dai cittadini sono le problematiche legate alle liste di attesa, che rientrano tra le sette azioni prioritarie per il sistema socio-sanitario nel 2014 (DRG n. 75/2014, DRG n. 694/2014). Dai dati emerge che sulle prime visite specialistiche prenotate entro 15 giorni (**Figura 9.10**) e per

gli esami diagnostici prenotati entro 30 giorni esistono ancora ampi margini di miglioramento. Lunghi tempi d'attesa possono infatti determinare una contrazione della domanda anche in presenza di effettiva necessità e sono un forte incentivo a spostarsi verso prestazioni private a pagamento, riducendo in tal modo l'equità nell'accesso ai servizi sanitari.

Sul versante della prevenzione, re-

Figura 9.10

Proporzione di prime visite specialistiche prenotate entro 15 giorni – Toscana, periodo 2010-2013 – Fonte: MeS



lativamente agli *screening* oncologici i dati di estensione ed adesione mostrano buoni risultati e collocano la Toscana ad un livello di performance al di sopra della media nazionale, nonostante gli obiettivi prefissati non siano ancora completamente raggiunti. In particolare, si conferma nel 2013 un ottimo livello di estensione degli *screening* mammografici (97,4%) e cervice uterina (99,9%), con valori superiori rispetto alla media del network Regioni ed un incremento per entrambi gli *screening* del 4% dal 2011, che porta a raggiungere la copertura quasi totale della popolazione target. L'adesione ad entrambi gli *screening*, pur mostrando un trend in crescita dal 2009, potrebbe essere più ampia: nel

2013 il livello di adesione a livello regionale risulta per la mammella al 73% e per la cervice uterina al 56%, a fronte di obiettivi posti rispettivamente a 80% e 60%.

L'adesione per lo *screening* al colon retto invece persiste ad essere ancora bassa e si attesta al 50,2% nel 2013 a fronte di un obiettivo regionale di almeno il 70% ed una riduzione del 5% dal 2009.

Anche sul versante delle vaccinazioni si osserva un calo negli ultimi anni per la copertura del vaccino MPR, passata da circa il 93% nel 2009 a meno di 91% nel 2013.

Infine, non meno importante è la dimensione organizzativa ed il clima lavorativo presente nelle strutture. Il perso-

nale, la sua soddisfazione e motivazione risultano essere fattori determinanti nella performance complessiva del sistema sanitario toscano. La Regione Toscana ha monitorato periodicamente il clima interno attraverso le indagini rivolte ai dipendenti del sistema sanitario regionale condotte dal Laboratorio management e sanità. Altri indicatori *proxy* della dimensione di clima organizzativo disponibili nel sistema di valutazione sono il tasso di infortuni e la percentuale di assenza,

che nel periodo 2009-2013 registrano rispettivamente un aumento da 4,9% a 5,1% e da 5,7% a 7% a livello regionale.

L'importanza che le risorse umane rivestono all'interno delle aziende sanitarie, sia in termini di valore delle professionalità coinvolte, sia in termini economici per la rilevanza del costo del personale nelle aziende suddette, rende questi risultati particolarmente significativi.

NOTE

- 1 *Sul sistema di valutazione della performance in sanità della Regione Toscana si veda: Nuti S (a cura di) (2008). La valutazione della performance in Sanità, Il Mulino: Bologna; Nuti S, Vainieri M (2009). Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana, Edizioni ETS: Pisa; Nuti S; Vainieri M (2011), Federalismo fiscale e riqualificazione del servizio sanitario nazionale - Un binomio possibile, Il Mulino.*
- 2 *L'esperienza del sistema di valutazione del network di regioni ha preso avvio in seguito al Progetto SIVEAS del Ministero della salute, disponibile su <http://salute.gov>*
- 3 *Ogni anno viene pubblicato il report con i risultati della valutazione della performance del sistema sanitario toscano. Per i dati riferiti al 2013 si veda Nuti S, Marcacci L (a cura di) (2014), Il Sistema di valutazione della performance della sanità toscana: report 2013, Edizioni ETS: Pisa.*
- 4 *Ogni anno viene pubblicato il report con i risultati della valutazione della performance dei sistemi sanitari delle regioni del network. Per i dati riferiti al 2013 si veda Nuti S, Bonini A (a cura di) (2014) Il Sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali: Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, PA Bolzano, PA Trento, Toscana, Umbria, Veneto: report 2013, Edizioni ETS: Pisa.*
- 5 *Nuti S, Vola F, Bonini A, Vainieri M. Making governance work in the health care sector: evidence from a 'natural experiment' in Italy, Health Economics, Policy and Law, FirstView, doi: 10.1017/S1744133115000067, pp 1 -22. Per consentire il confronto tra tutte le Regioni italiane, lo studio si è avvalso di flussi informativi nazionali (SDO, AIFA-OsMed, Osservatorio Nazionale Screening); gli indicatori in esame sono i seguenti: Tasso di ospedalizzazione per acuti per 1.000 residenti (standardizzato per età e sesso), Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici, Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day surgery o in 0-1 giorno, DRG LEA Chirurgici: percentuale di ricoveri in day surgery o ordinari 0-1 giorno, Percentuale di parti cesarei, Percentuale di fratture di femore operate entro 2 giorni, Degenza media per-operatoria per interventi chirurgici programmati, Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi, Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco (50-74 anni), Tasso di ospedalizzazione per diabete (20-74 anni), Tasso di ospedalizzazione per BPCO (50-74 anni), Spesa farmaceutica territoriale netta pro-capite, Estensione dello screening mammografico, Adesione allo screening mammografico.*
- 6 *Tra le pubblicazioni internazionali più recenti dell'esperienza di valutazione della performance si veda: Brown P, Vainieri M, Bonini A, Nuti S, Calnan M (2012). What might the English NHS learn about quality from Tuscany? Moving from financial and bureaucratic incentives towards "social" drivers. Social & Public Policy Review, 6(2): 30-46; Nuti S, Seghieri C, Vainieri M (2012). Assessing the effectiveness of a performance evaluation system in the public health care sector: some novel evidence from the Tuscany region experience, Journal of Management and Governance, 17(1): 59-69; Nuti S, Seghieri C, Vainieri M, Zett S (2012). Assessment and improvement of the Italian Healthcare system: first evidences from a pilot national performance evaluation system. Journal of Healthcare Management, 53(3); Nuti S, Vainieri M, Frey M (2012). Healthcare resources and expenditure in financial crisis: scenarios and managerial strategies. The Journal Of Maternal-fetal & Neonatal Medicine, 25(S4): 48-51; Pinnarelli L, Nuti S, Sorge C, Davoli M, Fusco D, Agabiti N, Vainieri M, Perucci CA (2012). What drives hospital performance? The impact of comparative outcome evaluation of patients admitted for hip fracture in two Italian regions. Bmj Quality & Safety, 21(2):127-34; Murante AM, Seghieri C, Brown A, Nuti S (2013). How do hospitalization experience and institutional characteristics influence inpatient satisfaction? A multilevel approach. Int. J. Health Plann. Mgmt., doi: 10.1002/hpm.2201; Murante AM, Vainieri M, Rojas DC, Nuti S (2014). Does feedback influence patient - professional communication? Empirical evidence from Italy. Health Policy. 116(2-3):273-80
Nuti S, Seghieri C (2014). Is variation management included in regional healthcare governance systems? Some proposals from Italy. Health Policy, 114(1): 71-78.*