



SABINA NUTI

LA FINALITÀ, LA STRUTTURA E LE MODALITÀ D'USO DEL SISTEMA

1. *La storia del sistema*

Nel 2001 la Regione Toscana, con decreto n. 7425 del 18/12, ha affidato al gruppo di ricerca della Scuola Superiore Sant'Anna¹ l'incarico di predisporre un progetto di prefattibilità per un sistema di valutazione e valorizzazione della performance delle aziende sanitarie toscane.

Successivamente, con decreto n. 3065/2003, la Regione richiese una prima implementazione del sistema alla Scuola Superiore Sant'Anna selezionando quattro aziende sanitarie in cui avviare la sperimentazione: l'Azienda USL 3 di Pistoia, l'Azienda USL 5 di Pisa, l'Azienda USL 8 di Arezzo e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana. Queste aziende sanitarie furono scelte perché:

- rappresentative delle tre aree vaste toscane;
- simili in termini di dimensioni e tipologia di servizi offerti²;

¹ Il gruppo di ricerca della Scuola Superiore Sant'Anna, nella prima fase di progettazione, è stato coordinato dall'autrice di questo capitolo, ed è stato composto dai professori Lino Cinquini e Domenico Bodega, dai ricercatori senior Alessia Macchia, Cristina Renzi, Danilo Neglia, Gabriella Giuliano, dai consulenti Paolo Martinez e l'avv. Marco Lovo, dalla dottoressa Emanuela Tangolo, e dai ricercatori Manuele Bellonzi, Milana Vainieri, Anna Bonini, Angelo Boccaccio, Annalisa Brambini, Manuela Furlan, Linda Marcacci, Domenico Cerasuolo. Il prof. Riccardo Varaldo ha seguito il progetto in qualità di responsabile scientifico.

² Nel sistema sanitario toscano le aziende sanitarie locali gestiscono a livello territoriale tutti e tre i livelli assistenziali, ossia prevenzione, attività territoriali e ospedali di primo e secondo livello. Le aziende ospedaliere universitarie sono quattro (Siena, Pisa, Careggi di Firenze e Meyer) e sono integrate con i tre atenei di Siena, Pisa e Firenze. A loro è affidata l'assistenza di terzo livello di Area Vasta e l'assistenza ospedaliera per i cittadini o parte di essi che risiedono nel capoluogo in cui insistono.





- l'AUSL 5 di Pisa e l'AOU Pisana, quali realtà rappresentative: la prima, delle aziende sanitarie che hanno nel proprio territorio la presenza di un'azienda ospedaliero-universitaria; la seconda, di un'azienda con una missione diversa dalle aziende sanitarie territoriali, in cui accanto all'assistenza sono obiettivi strategici anche la ricerca e la didattica.

La sperimentazione attivata nel 2004 nelle prime quattro aziende sanitarie selezionate, inoltre, è stata impostata in modo da garantire la replicabilità successiva del sistema nelle altre realtà aziendali sanitarie toscane, che hanno iniziato l'implementazione a conclusione della prima fase di sperimentazione. L'approccio che ha contraddistinto la metodologia di lavoro adottata è stato multidisciplinare, teso alla valorizzazione di tutti i dati, le informazioni e gli strumenti di valutazione già esistenti ed utilizzati dalla Regione e dalle Aziende coinvolte.

Al termine della fase di sperimentazione nelle quattro aziende pilota, il management delle aziende coinvolte e la Regione stessa hanno ritenuto assai soddisfacenti i risultati ottenuti e nel 2005 il sistema è stato implementato in tutte le aziende territoriali della Regione.

Per quanto concerne le realtà ospedaliero-universitarie è stato ritenuto necessario attivare un processo ulteriore di coinvolgimento dei professionisti medici, per valutare l'opportunità di inserire nel sistema elementi di specificità in linea con la missione di questa tipologia di aziende. In questo stesso anno il Laboratorio Management e Sanità ha dato, quindi, avvio ad un percorso formativo modulare regionale, in cui sono stati coinvolti i circa cinquanta direttori di dipartimento ad attività integrata delle quattro aziende ospedaliero-universitarie di Pisa, Siena, Firenze (Careggi e Meyer). Questa iniziativa prevedeva nella prima fase tre momenti di due giornate ciascuno in cui, in due edizioni miste, i direttori dei dipartimenti ad attività integrata (DAI) hanno approfondito e discusso il processo di evoluzione in atto nel sistema sanitario toscano, la dinamica economico-finanziaria e l'assetto organizzativo





dipartimentale delle aziende ospedaliero-universitarie. Nella seconda parte del percorso formativo, i partecipanti, con il supporto di docenti della facoltà di economia dei tre atenei toscani³ e della Scuola Superiore Sant'Anna nel ruolo di facilitatori, hanno attivato dei «laboratori», ossia dei gruppi di lavoro che hanno approfondito per specialità la tematica degli indicatori di performance, individuando una rosa di indicatori specifici soprattutto per la componente sanitaria. Questo percorso si è concluso nel marzo del 2006 con la presentazione pubblica di un rapporto in cui gli stessi partecipanti hanno mostrato gli indicatori individuati e calcolati (più di 200) per le realtà toscane.

Questo rapporto è stato successivamente discusso e approfondito dal gruppo di ricerca del Laboratorio Management e Sanità con le direzioni aziendali di Careggi, Meyer, Pisa e Siena, fino a pervenire ad una sintesi condivisa a livello regionale che ha permesso, nel mese di luglio del 2006, la predisposizione di un primo report pilota per le aziende ospedaliero-universitarie. Nel secondo semestre del 2006 il sistema di valutazione della performance è entrato a regime anche nelle realtà ospedaliero-universitarie della Toscana con l'elaborazione di alcuni indicatori specifici quali ad esempio la capacità di produrre ricerca. Nel mese di aprile del 2007 il report relativo alla performance delle quattro aziende ospedaliero-universitarie riguardante i risultati conseguiti nel 2006, è stato consegnato per la prima volta ai rettori dei tre atenei di Pisa, Firenze e Siena.

Oggi il sistema è utilizzato in tutte le realtà aziendali della Regione e nel 2008 sarà implementato anche nelle Società della Salute, ossia nelle articolazioni di zona. Inoltre nel 2007 il sistema è stato reso disponibile su web

³ In proposito si ringrazia per la collaborazione fornita i professori Mario Del Vecchio, Gavino Maciocco e Niccolò Persiani dell'Università di Firenze; il prof. Antonio Barretta dell'Università di Siena, i professori Mauro Bendinelli e Daniele Dalli dell'Università di Pisa e il prof. Lino Cinquini della Scuola Superiore Sant'Anna.





con una versione più ampia e articolata per il management – e nel 2008 sarà reso pubblico con una modalità più sintetica per i cittadini⁴.

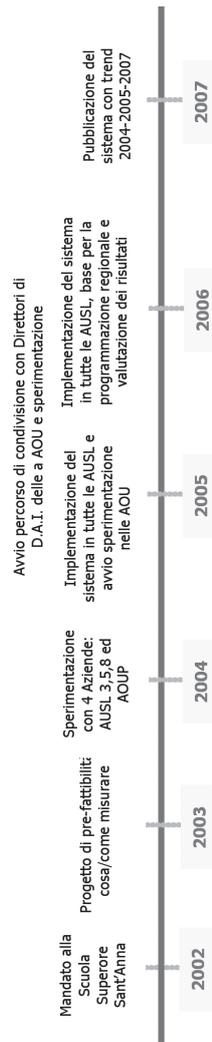


FIG. 1. La storia del sistema

⁴ Lo sviluppo su web del sistema è stato interamente progettato e curato da Domenico Cerasuolo, ricercatore del Laboratorio Management e Sanità.





2. *La struttura del sistema*

La finalità del sistema di valutazione della performance è stata, fin dalla sua progettazione iniziale, quella di fornire un quadro di sintesi dell'andamento della gestione delle aziende sanitarie, utile non solo alla valutazione della performance conseguita, ma anche per la valorizzazione dei risultati ottenuti.

Nel progetto di prefattibilità, il gruppo di ricerca aveva elaborato un primo modello (fig. 2) capace di descrivere le relazioni di causa ed effetto nel processo di erogazione dei servizi di un'azienda sanitaria. L'intenzione era di evidenziare nel modello sia le tipologie di risultati attesi dalle istituzioni sanitarie, sia le modalità con cui questi vengono operativamente conseguiti. Nel prospetto proposto, partendo dalla destra dello schema, sono infatti evidenziati i risultati «ultimi» ottenuti dall'istituzione sanitaria, ossia gli outcome, che possono essere perseguiti solo in un orizzonte temporale di medio e lungo periodo e si riferiscono alla finalità ultima dell'azienda sanitaria – ovvero il miglioramento del benessere sociale e dello stato di salute della popolazione. Questa tipologia di risultati, per la complessità dei meccanismi di misurazione da utilizzare e del sistema di fattori che congiuntamente determinano il loro perseguimento, difficilmente si presta ad orientare l'azione del management nel breve periodo, anche se permangono il punto di partenza e di arrivo dell'azione delle aziende sanitarie. Pur essendo spesso necessari anni o decenni per muovere e migliorare un indicatore di outcome, è dall'analisi dello stato di salute della popolazione che parte il processo di programmazione e di orientamento dell'azione delle istituzioni sanitarie e a cui, di nuovo, per valutare l'efficacia di un'azione intrapresa, si deve ricorrere per l'analisi dell'impatto sullo stato di salute della popolazione. Si pensi, a titolo di esempio, alle attività di *screening* per il tumore al seno o al colon retto.

Nello schema proposto gli outcome, che sono comunque oggetto di monitoraggio da parte sia dell'agenzia sanitaria regionale che della Direzione Generale regionale stessa, sono preceduti dai risultati di *output*, che concorrono fortemente a determinarli. Questi risultati di output sono classificati in quattro ambiti:

- la soddisfazione dell'utente e del cittadino per il livello





di qualità dei servizi ricevuti, comprensiva della sua possibilità di partecipare attivamente ai processi di erogazione dei servizi come soggetto centrale e protagonista dei percorsi di cura e di assistenza;

- la qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati;
- l'appropriatezza e la continuità di cura nei percorsi assistenziali, come risultati strategici in linea con gli orientamenti del piano sanitario regionale;
- la capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico finanziario nella gestione del sistema azienda.

Nel modello proposto questi risultati sono raggiungibili con modalità ed azioni assai differenti in base al contesto aziendale specifico. Le determinanti, quindi, necessitano un'analisi specifica per i tre livelli assistenziali presenti nelle AUSL toscane, ossia:

- *ospedale*;
- *territorio*, comprensivo della medicina e pediatria di base, dell'attività diagnostica e ambulatoriale, nonché di tutti i servizi coordinati dalle zone (SERT, Handicap, salute mentale adulti e infanzia, consultori, ecc.);
- *prevenzione*, comprensiva dei settori di veterinaria, Igiene e salute pubblica, medicina dello sport, medicina del lavoro, medicina legale.

In questi tre contesti, le dimensioni più rilevanti da monitorare nel processo di erogazione del servizio sono molteplici e così sintetizzabili:

- *l'efficacia strutturale*, intesa come livello di adeguatezza della struttura (edifici, attrezzature, spazi, arredi) rispetto alla missione e alla tipologia di servizi che l'istituzione sanitaria è chiamata ad assolvere nell'ambito del sistema sanitario regionale;
- *l'efficienza operativa*, relativa alle modalità con cui le risorse disponibili sono utilizzate (l'attenzione è rivolta all'analisi della produttività del sistema e dei suoi fattori);





- *l'accesso*, inteso come l'insieme delle modalità con cui viene garantito e facilitato l'accesso ai servizi sanitari con logiche di equità e trasparenza;
- *la sicurezza ed il risk management*; intesa come capacità di operare garantendo la sicurezza di tutti i soggetti del sistema, sia gli operatori che gli utenti.

Orientano la fase del processo di erogazione dei servizi sanitari sia il contesto ambientale sia i fattori specifici di *input* (vedi la parte sinistra dello schema della fig. 2). La tipologia di popolazione, la conformazione del territorio, l'evoluzione dei servizi erogati fino ad oggi e gli obiettivi specifici identificati a livello regionale naturalmente influiscono sulle scelte e sulle modalità adottate da ciascuna azienda per servire il territorio.

Rispetto alle caratteristiche della popolazione e del territorio, ciascuna azienda sanitaria concorda con la Regione gli obiettivi strategici da perseguire, alla luce degli orientamenti presenti nel piano sanitario regionale. Oltre quindi agli indicatori di risultato e di processo, il modello prevede la misurazione dell'efficacia strategica, intesa appunto come capacità di pianificare e programmare l'attività in linea con le esigenze del territorio – e ossia degli utenti –, ma anche la capacità dell'azienda di operare nel contesto del sistema sanitario regionale e di seguire gli orientamenti del Piano Sanitario Regionale e delle delibere successive di applicazione.

Il gruppo di ricerca e l'Assessorato alla salute regionale, pur condividendo la rappresentazione nel modello delle modalità con cui le aziende perseguono i loro risultati e pur volendo mantenere una dimensione aziendale del progetto, hanno concordato di concentrare l'attenzione nel monitoraggio dei risultati (le aree con sfondo grigio nella fig. 2) e su pochi macro indicatori di processo, lasciando alle aziende l'autonomia e la responsabilità di monitorare gli indicatori di processo per livello assistenziale, necessari per comprendere e gestire le determinanti dei risultati stessi.

Fa eccezione, rispetto a questa scelta, la decisione di considerare, nel sistema regionale di misurazione della performance, la valutazione del management, intesa come



l'insieme delle scelte e delle politiche adottate dalla direzione per gestire e governare il sistema aziendale, ed in particolare le risorse umane. Questa eccezione si fonda sulla considerazione che il management è scelto, nella figura del direttore generale, dall'Assessore regionale per la salute ed il suo operato è quindi da considerare oggetto rilevante in ottica di valutazione regionale.

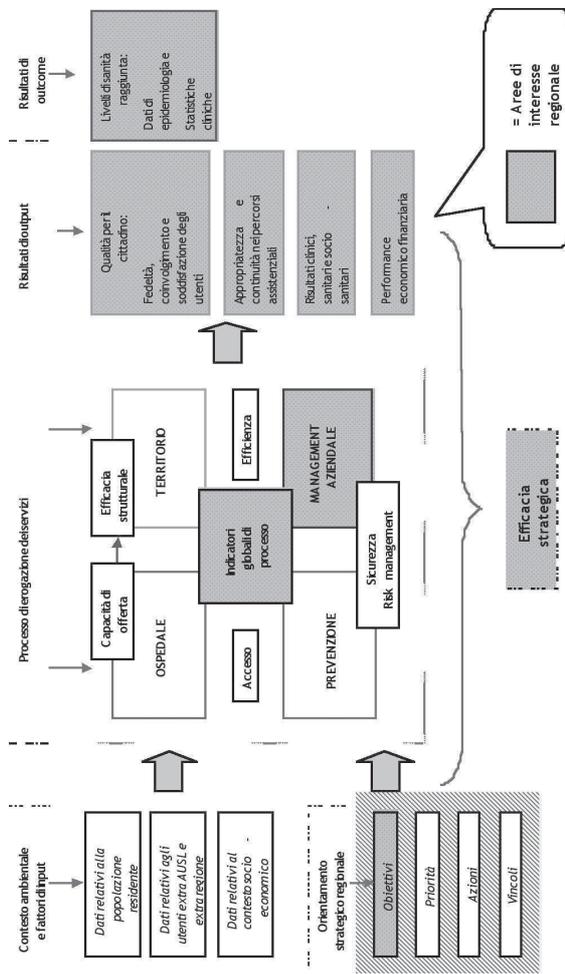


Fig. 2. Il Sistema Azienda



3. *La rappresentazione dei risultati*

Per la rappresentazione finale dei risultati del sistema di valutazione della performance sono state individuate sei dimensioni di sintesi, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello sanitario (vedi fig. 3).



FIG. 3. Le dimensioni della valutazione

Le dimensioni della valutazione sono:

- *La valutazione dei livelli di salute della popolazione (A)* Pur sapendo che la tipologia di valori quali la mortalità nel primo anno di vita o la mortalità per diverse patologie, si muove lentamente nel tempo, e che un miglioramento registrato oggi è spesso determinato dalle scelte gestionali effettuate in passato, è stato ritenuto opportuno mantenere nel sistema almeno tre indicatori di sintesi, anche per mantenere focalizzata l'attenzione dei manager sul fine ultimo di ogni sforzo fatto, ossia sul miglioramento del livello di salute della popolazione.
- *La valutazione della capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale (B)*. Le aziende sanitarie toscane rispondono, infatti, non solo della loro capacità di essere strutture efficienti ed efficaci come entità autonome,





ma anche come soggetti costituenti il sistema sanitario regionale che operano in logica di squadra per valorizzare le sinergie e per garantire accesso ed equità a tutti i cittadini della regione. In questo senso è importante che le aziende siano attente e capaci di implementare gli orientamenti strategici regionali, ossia di applicare le delibere regionali nei tempi e nei modi indicati.

- *La valutazione socio sanitaria (C)*. In questa dimensione sono compresi i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario sia per le attività dell'ospedale, del territorio e della prevenzione.
- *La valutazione esterna (D)*. In questa dimensione viene considerata la valutazione data all'attività aziendale dai cittadini come utenti e non dai servizi sanitari. Si considera in questa dimensione anche l'efficacia dei processi di comunicazione esterna delle aziende sanitarie.
- *La valutazione interna (E)*. In questa dimensione viene considerato il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie. Molti studi evidenziano ormai la rilevante correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, il clima organizzativo aziendale e la soddisfazione degli utenti dei servizi erogati. Puntare sul miglioramento dei risultati necessita quindi di una rilevante focalizzazione sui sistemi e sui meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati.
- *La valutazione dell'efficienza operativa e della performance economico finanziaria (F)*. Si tratta di verificare la capacità aziendale di perseguire le tre condizioni di equilibrio della dinamica economico finanziaria, ossia l'equilibrio reddituale, l'equilibrio monetario, finanziario e patrimoniale. In questa dimensione sono inoltre oggetto di osservazione indicatori di efficienza operativa che possano evidenziare la produttività delle risorse e l'utilizzo di strumenti gestionali orientati all'ottimizzazione e razionalizzazione dell'uso delle risorse disponibili. Sono quindi oggetto di valutazione il funzionamento dei





servizi interni (controllo di gestione, approvvigionamenti, sistema informativo, ecc.) e la capacità di utilizzo da parte dell'azienda degli strumenti fondamentali di management (meccanismi di programmazione e controllo, formazione, comunicazione interna, ecc.).

Per rappresentare adeguatamente i risultati riportati da ogni azienda in ciascuna delle dimensioni individuate, era necessario individuare una modalità semplice e chiara, capace di evidenziare subito lo stato dell'arte della performance dell'azienda analizzata. Particolarmente frequente nella bibliografia e strumentazione manageriale l'utilizzo della metafora della «tela di ragno», ossia di uno schema a più dimensioni in cui i risultati sono posizionati sulla «tela» e dove maggiore è la vicinanza al centro, peggiori sono i risultati.

Il gruppo di ricerca del Laboratorio MeS ha optato per una simbologia che fosse ancora più semplice e che avesse un'immediata valenza positiva. È stato infatti utilizzato lo schema del «bersaglio» con cinque diverse fasce di valutazione, suddiviso in sei settori circolari rappresentativi delle sei dimensioni. L'azienda capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse dimensioni avrà i propri risultati riportati vicino al centro del bersaglio, nel cerchio più piccolo (vedi fig. 4), mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce via via più lontane dal centro.

Le fasce in cui la valutazione è stata espressa sono cinque:

- prima fascia, il cerchio più piccolo, più centrale al bersaglio, corrispondente ad una performance ottima. In una scala di valutazione a cinque fasce, il punteggio sintetico si posiziona tra il 4 e il 5;
- seconda fascia a partire dal centro, quando la performance è buona e la valutazione sintetica oscilla tra il 3 e il 4;
- terza fascia, quando la valutazione è tra il 2 e il 3 e la performance non è negativa ma certamente presenta ampi spazi di miglioramento;



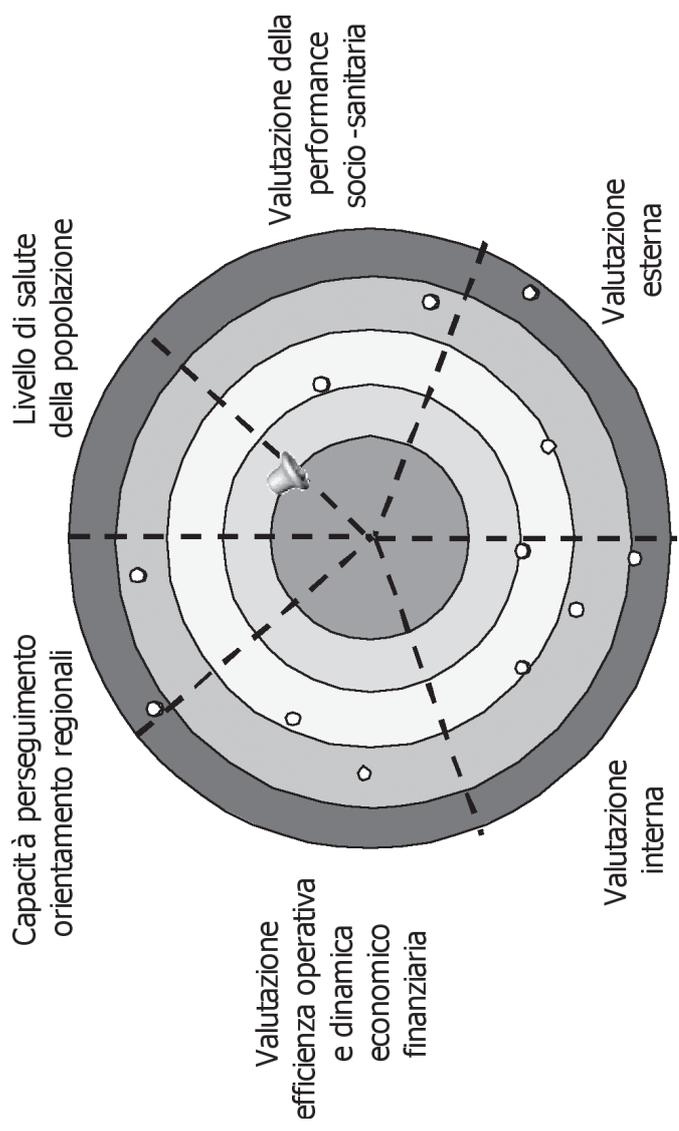


FIG. 4. Le dimensioni della valutazione e la logica del bersaglio



- quarta fascia, quando la valutazione è tra l'1 e il 2 e presenta una situazione preoccupante. La performance può essere, anzi, deve essere migliorata;
- quinta fascia, quella esterna, quando la performance è sotto l'unità 1.

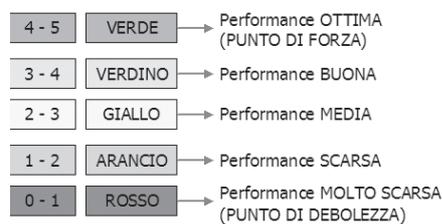


FIG. 5. Le fasce di valutazione

Per poter procedere al posizionamento delle misure relative agli indicatori individuati per ogni dimensione oggetto del sistema di valutazione nelle cinque fasce sono stati adottati i seguenti criteri di riferimento:

- 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 definito con delibera regionale;
- in caso di assenza di uno standard regionale di riferimento è stata considerata la media regionale corretta con eventuali fattori di *risk adjustment* per rendere possibile il confronto tra le aziende.

Ogni azienda, quindi, vede rappresentata sinteticamente la propria performance nel bersaglio, dove vengono riportati i valori di 130 parametri raggruppati in circa 50 indicatori di sintesi. Alcuni indicatori rappresentano infatti il risulta-



to di un «albero» di più indicatori. A titolo di esempio la valutazione della soddisfazione della popolazione relativa alla medicina di base è data dalla media della valutazione di vari *items* su cui è stato richiesto un giudizio all'utenza – quali l'organizzazione e i tempi del servizio, la capacità di comunicazione del medico al paziente, la gentilezza e la disponibilità nella relazione, la competenza professionale dimostrata, la capacità di presa in carico e di indirizzo nei percorsi assistenziali, la disponibilità alle visite domiciliari (vedi fig. 6).



FIG. 6. La valutazione della medicina di base

Complessivamente gli indicatori monitorati ogni anno sono circa 130. Il loro numero può variare perché la Regione, in particolare nella dimensione relativa alla capacità di perseguire gli obiettivi strategici, può modificare gli obiettivi stessi e i relativi risultati da monitorare in base alle priorità strategiche dell'anno. Inoltre i risultati possono avere una differente tempistica di misurazione e valutazione in base alla rilevanza e alla possibilità effettiva di modificare in tempi brevi i risultati ottenuti. I tempi di attesa sono ad esempio misurati mensilmente, mentre la soddisfazione dei cittadini per i servizi della medicina di base è misurata ogni due anni.

Le dimensioni del sistema di valutazione comprendo-





no indicatori alimentati con dati provenienti dal sistema informativo regionale, dai bilanci aziendali e da indagini sistematiche con significatività statistica, realizzate direttamente dal Laboratorio Management e Sanità per garantire l'omogeneità delle metodologie adottate che risultano essenziali per ottenere dati confrontabili.

Non sempre però i dati disponibili nel sistema informativo regionale o ricavabili mediante le indagini di campo sono stati sufficienti a soddisfare il fabbisogno di controllo, soprattutto nell'ambito della dimensione relativa alla capacità di perseguire gli orientamenti regionali. A tal fine, quindi, sono stati attivati processi di valutazione ad hoc di cui al prossimo paragrafo.

In termini di modalità di uso, il bersaglio a livello regionale e per singola azienda è stato fino al 2007 fornito su formato elettronico e nel 2008 su web, con modalità che permettono, cliccando su ciascun punto presente sul bersaglio, di visualizzare l'indicatore nel dettaglio con i punteggi a confronto tra le aziende, nonché il dato in *trend*, la tabella dei dati e la scheda illustrativa delle modalità di calcolo, così come illustrato nei capitoli successivi. Nel bersaglio sono indicati i risultati relativi agli ultimi dati disponibili.

4. I processi di valutazione «ad hoc»

In termini metodologici il gruppo di ricerca ha previsto che il sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane fosse alimentato da flussi informativi sistematici, attendibili e certi nelle fonti e nei processi di elaborazione, in modo da garantire la riproducibilità del sistema, l'attendibilità dei risultati e la possibilità di misurare anche l'andamento nel tempo della performance.

Disporre di un flusso informativo sistematico, certo e attendibile a livello regionale, richiede però molto tempo e un grande sforzo da parte di tutti i soggetti del sistema. Tale investimento è quindi da proporre e da realizzare solo per gli aspetti che certamente richiedono attenzione continua nel tempo e in cui il monitoraggio a livello regionale è essenziale





per valutare i processi complessivi di miglioramento del sistema sanitario e del livello di salute della popolazione.

Spesso però, sia a livello aziendale che regionale può essere estremamente utile e necessario poter disporre di informazioni e di dati in tempi rapidi, capaci di segnalare al management l'impatto di alcune decisioni, o la realtà di alcune situazioni in atto nell'organizzazione o nei processi di erogazione di alcuni servizi. Si può trattare di situazioni precise e puntuali, ma che sono ritenute critiche e sintomatiche da parte della direzione. In questi casi non appare praticabile l'idea di impostare un sistema di rilevazione sistematico, ma può essere opportuno attivare un processo di indagine integrativo al sistema di valutazione sistematico che il team di ricerca ha denominato «valutazione ad hoc».

Si tratta di processi con un orizzonte di analisi molto puntuale e specifico, in cui si ricerca una risposta semplice al quesito base, dove il risultato atteso può essere anche di tipo qualitativo, trasformabile successivamente in termini quantitativi, se necessario. I tempi di risposta attesi per questa informazione sono brevi e le modalità con cui si attiva il processo di indagine possono essere anche di tipo esterno – senza il coinvolgimento dei soggetti interni coinvolti nel processo di erogazione dei servizi o nello svolgimento delle attività oggetto di analisi. La logica di effettuazione di questi processi di valutazione ad hoc, in linea con l'essere puntuale e specifica, è quella di fornire una fotografia della situazione indagata e non un «film», con un prima, un durante e un dopo. La misura presenta la situazione del momento così come appare tramite lo strumento di analisi.

Gli indicatori che si possono ricavare da questa tipologia di indagine sono da considerare come «segnali sentinella», utili per attivare eventuali successive indagini di approfondimento, se necessarie. In particolare, nel contesto della Regione Toscana, questa metodologia può essere utile per:

- verificare lo stato di attuazione di alcune Delibere Regionali di elevata criticità;
- verificare la presenza di alcune situazioni di criticità nei processi di erogazione dei servizi, magari in seguito a se-





- segnalazioni ricevute da associazioni, cittadini, enti locali; analizzare lo stato di fatto di un servizio/attività e le differenze tra diverse realtà locali per orientare e supportare il processo di programmazione a livello regionale e aziendale.

I focus group e gli altri strumenti utilizzati nei processi di valutazione ad hoc hanno permesso di elaborare degli indicatori e di ottenere delle misure. La diversa natura di tali misure è stata segnalata nel sistema di valutazione in modo differente rispetto alle misure elaborate mediante una metodologia sistematica, ovvero con il simbolo di un campanello. Questo segno avverte che la misura ha valore solo segnaletico, che può necessitare di ulteriori e più approfondite indagini (vedi fig. 7).

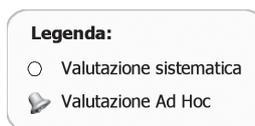


FIG. 7. La legenda per la rappresentazione della valutazione sistematica e «ad hoc»

5. *Gli indicatori del sistema*

Nelle tabelle successive si presentano gli indicatori selezionati per ciascuna delle sei dimensioni della valutazione e i sottoindicatori che compongono gli alberi di valutazione quando questa risulta composta da più indicatori.

Nel caso in cui la valutazione si basi su più indicatori, il risultato finale può essere il frutto di una semplice media oppure di una media «pesata», che considera in modo differenziato i risultati conseguiti in base alla rilevanza degli indicatori considerati.

L'indicatore C7, ad esempio, nell'ambito della valutazione sanitaria, misura la qualità del percorso materno infantile ed il risultato è calcolato considerando il tasso dei cesarei depurato da complessità, con un peso pari al 50%, mentre il restante





50% è il risultato della media tra gli altri 4 Indicatori che compongono l'albero dell'indicatore C7.

La tabella successiva indica quali indicatori sono stati selezionati come oggetto di valutazione per ciascun anno fino al 2007. Sono inoltre indicati nella colonna «obiettivo» quegli indicatori che sono stati collegati in termini diretti e quantitativi al sistema di incentivi per i direttori generali della AUSL toscane. La selezione degli indicatori è stata condivisa con le direzioni aziendali e con i professionisti sanitari. Il Laboratorio MeS con il passare del tempo ha provveduto a correggere le modalità di calcolo di alcuni di questi in base ai suggerimenti migliorativi pervenuti dalle aziende.





| Codice indicatore | Indicatori e sottoindicatori | Bersaglio 2005 | Bersaglio 2006 | Obiettivo 2006 | Bersaglio 2007 | Obiettivo 2007 |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| VALUTAZIONE SALUTE DELLA POPOLAZIONE (A) | | | | | | |
| A1 | Mortalità Infantile | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| A1.1 | Mortalità nel primo anno di vita | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| A1.2 | Mortalità neonatale precoce (primi 6 giorni di vita) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| A1.3 | Mortalità neonatale totale (primi 28 giorni di vita) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| A2 | Mortalità tumori | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| A3 | Mortalità per malattie cardiovascolari | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| A4 | Mortalità per suicidi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| CAPACITA' PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI (B) | | | | | | |
| B1 | La costituzione e il funzionamento del CORD | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| B2 | Attivazione e conoscenza del SUP | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| B3 | Tempi di attesa per visite specialistiche | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B4 | Strategie per il controllo del dolore | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B4.1 | Consumo di farmaci oppioidi | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B4.2 | Indagini di soddisfazione degli utenti | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B5 | Estensione ed adesione allo screening | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B5.1 | Screening Mammografico | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B5.2 | Screening cervicce uterina | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B5.3 | Screening coloretale | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B6 | Donazioni di organi | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B6.1 | % Morte Encefaliche individuate | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B6.2 | % Donatori Effettivi | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B7 | Grado di copertura vaccinale | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B7.1 | Grado di copertura per vaccino MPR | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B7.2 | Grado di copertura per vaccino antinfluenzale | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B8 | Tempestività SIR | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B9 | Equità ed accesso | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B9.1 | Percorso materno infantile | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B9.2 | Pronto Soccorso | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B9.3 | Ricovero Ospedaliero | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B9.4 | Servizi territoriali | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B10 | Organizzazione del percorso assistenziale del ricovero | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B10.1 | Percezione processi organizzativi | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B10.2 | Coordinamento | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B11 | Complessità (AOU) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B11.1 | Percentuali Drg Chirurgici di alta complessità | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B11.2 | Peso medio Drg Chirurgici di alta complessità | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B12 | Mobilità (AOU) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B12.1 | Indice di fuga intraregionale extra Area Vasta | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B12.2 | Indice di fuga extraregionale | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B12.3 | Indice di attrazione intraregionale extra Area Vasta | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B12.4 | Indice di attrazione extraregionale | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B13 | Continuità assistenziale: percorso materno infantile | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B13.1 | Pre-parto | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B13.2 | Parto | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B13.3 | Post-parto | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B14 | Tempi di attesa per prestazioni di diagnostica | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B15 | Capacità attività di ricerca | <input checked="" type="checkbox"/> |





| Codice indicatore | Indicatori e sottoindicatori | Bersaglio 2005 | Bersaglio 2006 | Obiettivo 2006 | Bersaglio 2007 | Obiettivo 2007 |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| VALUTAZIONE SANITARIA (C) | | | | | | |
| C1 | Valutazione della capacità di governo della domanda | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C1.1 | Tasso ospedalizzazione globale | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C1.2 | Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C1.3 | Tasso ospedalizzazione DH | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C1.4 | Tasso ospedalizzazione DH medico | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C1.5 | Tasso ospedalizzazione DH chirurgico | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C1.6 | Tasso di prestazioni ambulatoriali | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C2 | Valutazione di efficienza delle attività di ricovero | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C2.10 | Indice di performance degenza media | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C2.1 | Degenza media colecistectomia laparoscopica | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C2.2 | Degenza media isterectomia | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C2.3 | Degenza media prostatectomia | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C2.4 | Degenza media ictus | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C2.5 | Degenza media infarto | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C2.6 | Degenza media emorragia gastrointestinale | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C2.7 | Degenza media scompenso | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C2.8 | Degenza media polmonite | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C3 | Valutazione di efficienza pre-operatoria | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C4 | Valutazione di appropriatezza | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C4.1 | % Drg medici da reparti chirurgici (divisi RO e DH) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C4.2 | % colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C4.3 | Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C4.4 | Drg LEA Medici: % standard raggiunti | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C5 | Valutazione della qualità clinica | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C5.1 | % ricoveri ripetuti entro 30 giorni | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C5.2 | % fratture a carico operato in 2 gg | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C5.3 | % prostatectomie transuretrali | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C5.4 | Mortalità intraospedaliera per infarto | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C5.5 | Mortalità intraospedaliera per embolia polmonare | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C5.6 | % di utilizzo di 1 mammaria nel by-pass (AOU) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C5.7 | % di interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C5.8 | % ventilazioni meccaniche non invasive (AOU) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C5.9 | % appendicectomie in laparoscopia | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C5.10 | % interventi del colon in laparoscopia | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C6 | Rischio clinico | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C6.1 | Indice di sinistrosità | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C6.2 | Sviluppo del sistema di incident reporting: | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C6.2.1 | Indice di diffusione degli audit | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C6.2.2 | Indice di diffusione delle Mortality & Morbidity Review | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C6.3 | Impatto economico | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C6.4 | Sicurezza del paziente: | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C6.4.1 | Sepsi post-operatoria per chirurgia d'elezione | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C6.4.2 | Mortalità intraospedaliera nei dimessi con Drg a bassa mortalità | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C6.4.3 | Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C7 | Valutazione Materno-Infantile | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C7.1 | % cesarei depurato | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C7.2 | % parti indotti | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C7.3 | % episiotomia depurato | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C7.4 | Tasso neonati con Apgar <7 al 5° minuto | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C7.5 | % di utilizzo di ventosa o forcipe | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C7.6 | Tasso di ricoveri in pediatria: RO e DH | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C7.7 | Tasso di fughe per parto | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C8 | Valutazione dell'efficacia sanitaria delle attività territoriali | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C8.1 | Tasso ospedalizzazione scompenso | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C8.2 | Tasso ospedalizzazione polmonite | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C8.3 | Tasso ospedalizzazione diabete con complicanze a lungo periodo | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C8.4 | Tasso concepimenti minorenni | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C8.5 | Tasso di ricoveri >30 gg sulla popol. resid. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C8.6 | Tasso di ricoveri con patologie psichiatriche per residenti maggiorenni | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C8.7 | % di TSO sui ricoveri con patologie psichiatriche, per residenti | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C8.8 | Tasso ospedalizzazione BPCO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C8.9 | Tasso di ricoveri con patologie psichiatriche per residenti minorenni | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C8.10 | % ricoveri ripetuti a 31-180 giorni | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C8.11 | % IVG su stranieri | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C9 | Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C9.1 | Inibitori di pompa protonica: riduzione n. unità posologiche | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C9.2 | Statine: tasso di abbandono | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C9.3 | Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina: % confezioni sartani | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C9.4 | Inibitori selettivi ricaptazione serotonina: riduzione DDD | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C10 | Valutazione del percorso oncologico | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C10.1 | % interventi conservativi per tumore alla mammella | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C10.2 | % interventi per tumore al polmone fuori Area Vasta (AOU) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C10.3 | % deceduti a casa per tumore maligno | <input checked="" type="checkbox"/> |





| Codice indicatore | Indicatori e sottoindicatori | Bersaglio 2005 | Bersaglio 2006 | Obiettivo 2006 | Bersaglio 2007 | Obiettivo 2007 |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| VALUTAZIONE ESTERNA (D) | | | | | | |
| D1 | Percorso oncologico | <input checked="" type="checkbox"/> | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| D2 | Medicina di base | <input checked="" type="checkbox"/> | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| D3 | Attività ambulatoriale | <input checked="" type="checkbox"/> | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| D4 | Attività diagnostica | <input checked="" type="checkbox"/> | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| D5 | Servizi di prevenzione | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| D6 | Conoscenza URP | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| D7 | Presa in carico del paziente nel percorso oncologico da parte del MMG | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| D8 | Soddisfazione percorso emergenza | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| D8.1 | Percorso complessivo | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| D8.2 | Accoglienza e privacy | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| D8.3 | Personale | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| D9 | Percentuale abbandoni pronto soccorso | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| D10 | Insoddisfazione percorso emergenza | <input checked="" type="checkbox"/> |
| D10.1 | Percorso complessivo | <input checked="" type="checkbox"/> |
| D10.2 | Accoglienza e privacy | <input checked="" type="checkbox"/> |
| D10.3 | Personale | <input checked="" type="checkbox"/> |
| D11 | Qualità dell'assistenza del ricovero | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| D11.1 | Cortesie e disponibilità | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| D11.2 | Accuratezza dell'assistenza sanitaria | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| D11.3 | Valutazione complessiva cure prestate | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| D11.4 | Valutazione complessiva dell'esperienza di ricovero rispetto alle aspettative | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| D12 | Umanizzazione del ricovero | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| D12.1 | Empatia | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| D12.2 | Gestione Dolore | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| D13 | Comunicazione sanitaria del ricovero | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| D13.1 | Informazioni cliniche | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| D13.2 | Partecipazione | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| D14 | Comfort e ambiente | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| D14.1 | Orario visite familiari | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| D14.2 | Pulizia degli spazi | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| D14.3 | Comfort camera da letto | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| D14.4 | Gradevolezza dei pasti | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| D14.5 | Orario pasti | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| D15 | Servizi distrettuali | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| D16 | Capacità di informazione sui servizi della Ausl | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| VALUTAZIONE INTERNA (E) | | | | | | |
| E1 | Tasso di risposta all'indagine di clima | <input checked="" type="checkbox"/> |
| E2 | Tasso di assenza | <input checked="" type="checkbox"/> |
| E3 | Tasso di infortuni dei dipendenti | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| E4 | Condizioni di lavoro per i responsabili | <input checked="" type="checkbox"/> | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| E4.1 | Il mio lavoro | <input checked="" type="checkbox"/> | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| E4.2 | Condizioni di lavoro | <input checked="" type="checkbox"/> | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| E4.3 | Lavoro di gruppo | <input checked="" type="checkbox"/> | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| E5 | Management per i responsabili | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| E5.1 | Comunicazione ed informazione | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| E5.2 | Il mio responsabile | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| E5.3 | La mia azienda | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| E6 | Condizioni di lavoro per i dipendenti | <input checked="" type="checkbox"/> | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| E6.1 | Il mio lavoro | <input checked="" type="checkbox"/> | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| E6.2 | Condizioni di lavoro | <input checked="" type="checkbox"/> | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| E6.3 | Lavoro di gruppo | <input checked="" type="checkbox"/> | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| E7 | Management per i dipendenti | <input checked="" type="checkbox"/> |
| E7.1 | Comunicazione ed informazione | <input checked="" type="checkbox"/> |
| E7.2 | Il mio responsabile | <input checked="" type="checkbox"/> |
| E7.3 | La mia azienda | <input checked="" type="checkbox"/> |
| E8 | Evoluzione aziendale | <input checked="" type="checkbox"/> | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| E9 | Attività di formazione | <input checked="" type="checkbox"/> | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |

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

Fig. 8. Indicatori e obiettivi della Sanità Toscana