

1. LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI REGIONALI

Primi risultati anno 2007

*Rapporto a cura del Laboratorio Management e Sanità
della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa
Responsabile scientifico Prof.ssa Sabina Nuti*

1.1. PREMessa METODOLOGICA

Il presente documento raccoglie la valutazione dei risultati dell'anno 2007 conseguiti dalla Regione sui principali indicatori del sistema sanitario, elaborati su dati ministeriali e sul database relativo al flusso SDO 2007 provvisorio.

Il Laboratorio Management e Sanità vanta un'ampia esperienza sia nella progettazione che nell'implementazione dei sistemi di valutazione della performance. Infatti fin dal 2002 ha iniziato un percorso di condivisione con la Regione Toscana per la predisposizione del sistema di valutazione (Nuti, 2007, 2008) che è stato oggetto di brevettazione con titolarità congiunta della Scuola Superiore Sant'Anna.

A livello nazionale appare opportuno riproporre logiche differenti rispetto a quelle proposte per i sistemi sanitari regionali perché diversi sono i fabbisogni di controllo. La capacità di soddisfare gli utenti e i cittadini, nonché di garantire un clima organizzativo adeguato per facilitare il lavoro dei dipendenti delle aziende sanitarie e ospedaliere, non sono elementi di cui può essere responsabile il Ministero, anche indirettamente, ma rimangono nell'ambito della sfera di competenze specifiche di ogni Regione.

Al livello centrale permane, però, la responsabilità relativa alle modalità di utilizzo delle risorse pubbliche da parte delle regioni al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza. Se, infatti, ciascuna regione è responsabile delle modalità di organizzazione e gestione dei servizi sanitari, al Ministero spetta il controllo sugli standard di qualità delle cure erogate in modo da garantire equità di accesso e di risposta a tutti i cittadini italiani.

Con questa prospettiva, pur mantenendo la metodologia del "bersaglio"¹ che permette una visualizzazione semplice e integrata dei punti di forza e di debolezza di ciascuna regione, nonché la possibilità di accedere ad ulteriori livelli di analisi sulle determinanti dei risultati, si propone un modello di sistema di valutazione che risponda a diverse prospettive di analisi, più adeguate ai fabbisogno di controllo propri del livello ministeriale centrale.

In particolare il sistema di valutazione da adottare a livello nazionale prevede tre dimensioni riferibili ai livelli di assistenza ossia:

- Assistenza ospedaliera;
- Assistenza distrettuale;
- Assistenza farmaceutica;
- Assistenza sanitaria collettiva e di prevenzione.

Gli indicatori dovrebbero essere in grado di fornire un quadro sulla struttura dell'offerta garantita ai cittadini da ciascuna regione, in linea con la specifica missione che ciascun livello di assistenza deve svolgere nel sistema. Nella fig.1 si sintetizzano le attese in termini di capacità di risposta che ciascun setting assistenziale dovrebbe fornire: il ricorso ai servizi di ricovero ospedaliero dovrebbe avvenire principalmente per patologie acute, per curare la casistica complessa utilizzando tecnologie avanzate. Il territorio, invece, dovrebbe proporre un'offerta di servizi alternativi all'ospedale, capaci di rispondere in particolar modo alle esigenze crescenti dei pazienti affetti da patologie croniche, con una presa in carico proattiva e differenziale rispetto alle esigenze dei cittadini. Infine la prevenzione dovrebbe agire tempestivamente, con modalità incisive e considerando le specificità dei diversi target di popolazione, adottando approcci differenziati in base ai bisogni.

¹ Brevetto n. 0001358839 "*Sistema di valutazione della performance di aziende sanitarie*" rilasciato il 10 aprile 2009 a nome della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e della Regione Toscana, inventore Prof. Sabina Nuti.

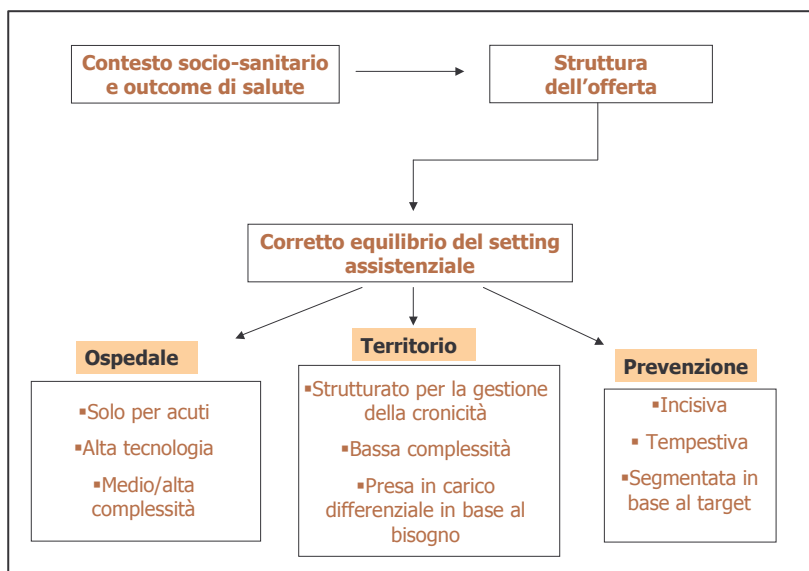


Figura 1 – Capacità di risposta di ciascun setting assistenziale

Ciascuna di queste dimensioni può essere ulteriormente articolata sia per prospettiva di analisi, sia per contesto specifico di riferimento. Le dimensioni di analisi si compongono di più indicatori calcolati in benchmarking tra le regioni. La valutazione di ciascuna regione risulta da un processo di "ranking" calcolato secondo la logica dei quintili, ovvero ordinando le regioni secondo i valori crescenti dell'indicatore e dividendo la distribuzione dei valori in 5 classi di pari ampiezza. Le regioni con la performance migliore sono quelle che ricadono nel I quintile, mentre quelle con la performance peggiore nel V quintile. Inoltre, alle fasce di valutazione adottate corrispondono i seguenti punteggi e colori di riferimento, come mostrato in fig. 2:

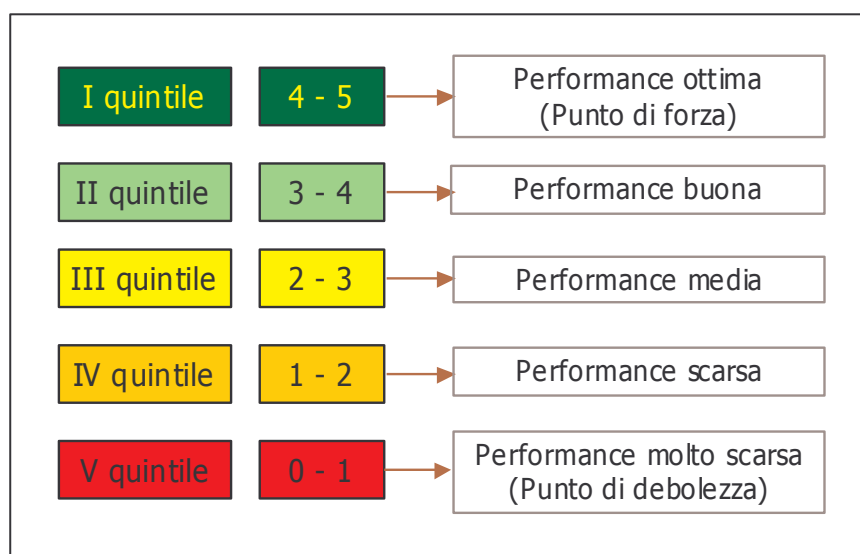


Figura 2 – Fasce di valutazione

Il presente documento presenta per ciascun indicatore, oltre al confronto della performance a livello interregionale, anche il confronto tra le proprie Aziende. Si ritiene questa informazione importante per identificare le caratteristiche delle eventuali problematiche emergenti. Se, infatti, una performance negativa regionale è determinata da risultati delle Aziende assai differenziati tra di loro, è evidente che le criticità dipendono dalla gestione specifica di alcune aziende del sistema regionale, ma nell'ambito in questione esistono best practice da cui apprendere. Se, invece, il dato regionale è in linea con quelli delle singole aziende, le criticità sono più verosimilmente determinate da carenze gestionali a livello regionale.

1.2. FONTE DEI DATI

I dati sono stati calcolati considerando, per ciascun livello assistenziale e secondo le diverse tipologie di indicatori, le seguenti fonti informative:

Livello assistenziale	Tipologia di indicatore	Fonte informativa
Assistenza ospedaliera	Indicatori ospedalieri	Database Ministeriale flusso SDO 2007 provvisorio
Assistenza distrettuale	Indicatori territoriali indiretti	Database Ministeriale flusso SDO 2007 provvisorio
	Prestazioni specialistiche	Sistema di Monitoraggio delle Prescrizioni (SMP) 2007 realizzato nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario NSIS fornito per 9 regioni
Assistenza farmaceutica	Indicatori farmaceutici	Rapporto OsMed 2007
Assistenza sanitaria collettiva e di prevenzione	Vaccinazioni	Ministero della Salute 2007
	Screening	Rapporto Nazionale Screening 2007

Tabella 1 – Fonti informative per livello assistenziale e tipologie di indicatore

Tutti i dati sono relativi all'anno 2007, ad eccezione dell'indicatore H8 – Potenziale inappropriatezza, predisposto dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza per l'anno 2006 (allegato 1). Si fa presente, inoltre, che il database del flusso SDO risulta ancora "provvisorio" e quindi sarà necessario e auspicabile che le Regioni verifichino l'attendibilità dei dati.

Tale verifica è stata fatta per la Regione Toscana dove la differenza rispetto agli indicatori calcolati a livello regionale è minima (inferiore al 2%).

1.3. L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

In particolare, per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera le prospettive di analisi dei risultati proposte sono:

- La capacità di governo della domanda;
- L'efficienza;
- L'appropriatezza delle prestazioni;
- La qualità clinica.

Nell'ambito della **capacità di governo della domanda** si misurano le modalità con cui il sistema regionale risponde ai fabbisogni sanitari dei propri cittadini residenti, indirizzando gli utenti verso il setting assistenziale più appropriato rispetto alla tipologia di bisogno, garantendo sempre volumi e mix di prestazioni adeguati.

Compongono questa dimensione i seguenti indicatori (le schede di costruzione degli indicatori in cui si descrivono le modalità di calcolo adottate sono presenti nel capitolo 2):

- *H1: Tasso di ospedalizzazione globale*, standardizzato per età e sesso; indicatore di valutazione;
- *H1.1: Tasso di ospedalizzazione per ricovero ordinario*, standardizzato per età e sesso; indicatore di osservazione;
- *H1.2: Tasso di ospedalizzazione per Day Hospital*, standardizzato per età e sesso; indicatore di osservazione.

Inoltre, nell'ambito del governo della domanda sono presentati anche i tassi di prestazioni ambulatoriali specialistiche, diagnostiche e di laboratorio:

- *T6: Tasso di prestazioni di laboratorio*, non standardizzato e calcolato solo per 9 regioni (i dati delle altre regioni non sono ad oggi disponibili);
- *T7: Tasso di prestazioni diagnostiche*, non standardizzato e calcolato solo per 9 regioni (i dati delle altre regioni non sono ad oggi disponibili);

- *T8: Tasso di prestazioni ambulatoriali specialistiche*, non standardizzato e calcolato solo per 9 regioni (i dati delle altre regioni non sono ad oggi disponibili).

Questi ultimi sono in realtà indicatori di governo relativi all'assistenza distrettuale ma vengono inseriti anche in questo ambito per valutare la coerenza dell'offerta. Infatti, se una regione presenta un tasso di ospedalizzazione basso, dovrebbe garantire ai cittadini un'offerta elevata di prestazioni ambulatoriali altrimenti il rischio è di non garantire un livello di assistenza complessivo adeguato ai bisogni.

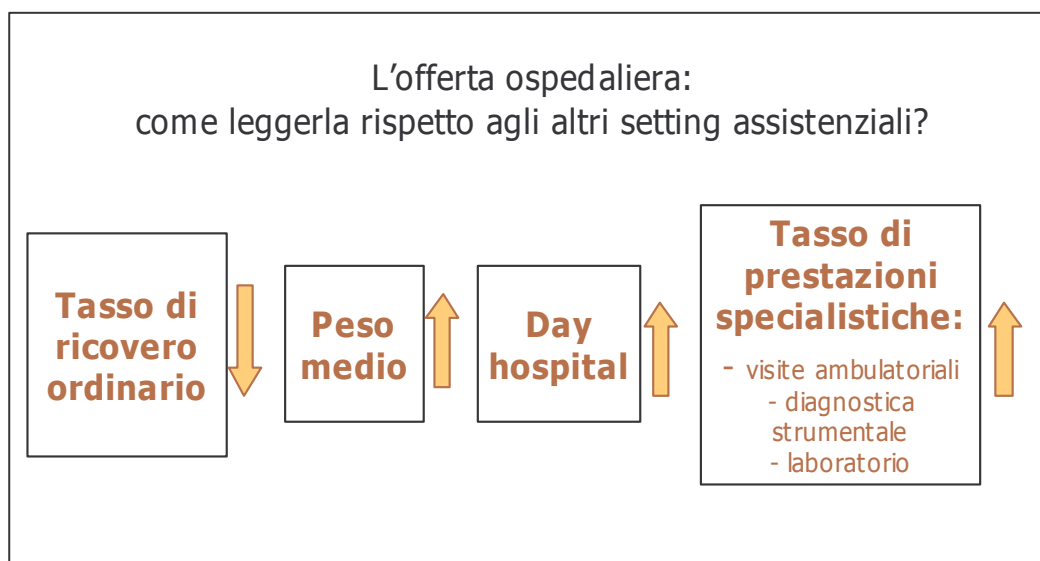


Figura 3 – Coerenza tra i diversi setting assistenziali

Per quanto concerne l'**efficienza** l'indicatore selezionato è:

- *H2: Indice di performance degenza media DRG Chirurgici*, indicatore di valutazione, che compara la degenza media per ciascun DRG Chirurgico a livello nazionale tra tutti i soggetti erogatori. Nel costruire tale indicatore sono stati esclusi i DRG Medici in quanto tra questi è più facile registrare il fenomeno dell'inappropriatezza: sui DRG Medici inappropriati, infatti, la degenza media è certamente più breve ma non può essere considerata un risultato di efficienza.

In ogni caso, in termini di osservazione, vengono comunque forniti anche:

- *H2.1 Indice di performance degenza media totale*, indicatore di osservazione;
- *H2.2 Indice di performance degenza media DRG Medici*, indicatore di osservazione.

Riguardo all'**appropriatezza delle prestazioni** gli indicatori selezionati sono i seguenti:

- *H3: Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici*, indicatore di valutazione;
- *H4: Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno*, indicatore di valutazione;
- *H5: DRG Lea Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery*, indicatore di valutazione;
- *H6: DRG Lea Medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso*, indicatore di valutazione;
- *H7: Peso medio DRG dei ricoveri ordinari erogati*, indicatore di valutazione;
- *H8: Potenziale inappropriato*, indicatore di valutazione.
- *H1.5: Percentuale ricoveri ordinari 0-1 giorno*, indicatore di osservazione.

Quest'ultimo indicatore, che si ricorda fa riferimento a dati del 2006, misura il numero di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, codificate in Aggregati di Codici Clinici (ACC), potenzialmente inappropriate perché erogate ai propri assistiti in numero superiore rispetto alla media nazionale. I dati sono stati forniti dal Ministero, quale output di un progetto realizzato per conto della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nell'allegato 1 si presentano i risultati in termini di ACC maggiormente inappropriate, sia per la Regione che per ciascuna Ausl in dettaglio.

Si rimanda al sito del Ministero che illustra la metodologia adottata:
http://www.ministerosalute.it/programmazione/lea/sezDocLea.jsp?label=doc_var

Per quanto concerne la **qualità clinica** delle prestazioni erogate si propongono inizialmente i seguenti indicatori:

- *H9: Percentuale di parti cesarei*, indicatore di valutazione.

Sarebbe più significativo calcolare tale indicatore considerando solo i parti delle primipare senza complicazioni (dopo la 38 settimana di gestazione, bambino in posizione vertex, parto non gemellare) ma queste informazioni non sono presenti nel flusso SDO, bensì nel flusso CEDAP, che non risulta essere compilato in maniera attendibile in diverse regioni.

- *H10: Percentuale di ricoveri ripetuti per la stessa macro categoria di diagnosi (MDC) entro 30 giorni dal primo ricovero in qualsiasi altra struttura del territorio nazionale, a parità di tasso di ospedalizzazione*, indicatore di valutazione.

Tale indicatore viene influenzato dalla propensione al ricovero, ovvero le regioni più virtuose rispetto al tasso di ospedalizzazione hanno in proporzione una percentuale di ricoveri ripetuti più elevata poiché è minore il loro denominatore, ovvero il numero di ricoveri. Per permettere un confronto significativo tra le regioni, l'indicatore è stato corretto secondo il tasso di ospedalizzazione, ovvero moltiplicando il denominatore per lo scostamento percentuale del tasso di ospedalizzazione della regione dal tasso di ospedalizzazione medio nazionale, ottenendo la probabilità di ricoveri ripetuti a parità di tasso di ospedalizzazione.

Tale correzione presenta il limite dovuto al fatto che la propensione al ricovero è espressa tramite un indicatore che è calcolato per i residenti e non per la struttura erogatrice; per tale ragione l'indicatore viene fornito solo per il livello regionale e non per Azienda Sanitaria.

Si mostra comunque anche l'indicatore grezzo, ovvero senza alcuna correzione, e inoltre suddiviso per ricoveri medici e ricoveri chirurgici, al fine di analizzarne le determinanti in maniera più puntuale:

- *H10.1: Percentuale di ricoveri ripetuti per la stessa MDC entro 30 giorni*, indicatore di osservazione;
- *H10.1.1: Percentuale di ricoveri medici ripetuti per la stessa MDC entro 30 giorni*, indicatore di osservazione;
- *H10.1.2: Percentuale di ricoveri chirurgici ripetuti per la stessa MDC entro 30 giorni*, indicatore di osservazione;
- *H11: Percentuale di fratture di femore operate entro 2 giorni dall'ammissione*, indicatore di valutazione, il cui standard secondo la letteratura internazionale è il raggiungimento dell'80%.
- *H12: Percentuale di fughe ponderata per peso*, indicatore di valutazione.

La percentuale di fughe è calcolata considerando il peso della casistica che viene erogata fuori regione. La scelta dei pazienti di recarsi lontano dalla propria residenza può infatti essere considerata una proxy di valutazione della qualità delle cure erogate nella regione di appartenenza.

1.4. L'ASSISTENZA DISTRETTUALE

Per quanto riguarda l'assistenza distrettuale del territorio, vi sono pochi indicatori a disposizione perché i flussi informativi relativi alle prestazioni territoriali sono assai carenti a livello nazionale. In linea con le migliori esperienze internazionali, sono stati utilizzati indicatori di performance indiretti, ossia che misurano il numero di prestazioni realizzate in regime di assistenza ospedaliera ma che più correttamente avrebbero dovute essere erogate in altro regime assistenziale. Si tratta in particolare delle patologie croniche che dovrebbero prevedere una presa in carico diretta della medicina di base e includere solo visite specialistiche e diagnostiche specifiche concordate per ogni percorso assistenziale. Oltre alle tre patologie croniche di maggiore rilevanza, ossia scompenso cardiaco, diabete e bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), è stata inclusa una patologia acuta, la polmonite. Anche in questo caso l'ospedalizzazione è indice di una mancata presa in carico della patologia in tempi adeguati sul territorio. Questi quattro indicatori sono stati calcolati con modalità differenti rispetto ai tipici indicatori epidemiologici. Questi ultimi normalmente sono calcolati sulla popolazione superiore ai 65 anni di età. In realtà la popolazione molto anziana, di età superiore ai 75 anni, è spesso affetta da più patologie croniche e dunque è più difficile evitare il ricovero. Considerando che questi indicatori devono avere carattere "gestionale", ossia orientare i processi decisionali delle regioni e delle aziende sanitarie, si propone di calcolare gli indicatori relativi allo scompenso e alla BPCO considerando la popolazione tra i 50 e i 74 anni, estremi inclusi, che rappresenta il target dell'azione preventiva territoriale. Per quanto concerne diabete e polmonite si considera la popolazione da 20 a 74 anni di età, estremi inclusi, visto che tali patologie sono più diffuse delle precedenti in età più giovani.

Nell'assistenza distrettuale viene considerata anche l'attività relativa all'assistenza specialistica ambulatoriale, diagnostica e di laboratorio, di cui ad oggi il Ministero ha fornito i dati relativi a 9 regioni. Per ciascuna tipologia di prestazione è stato calcolato il numero medio per abitante. I dati sono grezzi e meritano una successiva standardizzazione per età e sesso. Con dati più dettagliati, si potrà, inoltre, analizzare il mix di prestazioni e il loro collegamento con i tempi di attesa.

In specifico quindi gli indicatori presenti oggi in questa sezione sono:

- *T2: Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100.000 abitanti 50-74 anni, indicatore di valutazione;*

- *T3: Tasso di ospedalizzazione diabete globale per 100.000 abitanti 20-74 anni, indicatore di valutazione;*
- *T4: Tasso di ospedalizzazione BPCO per 100.000 abitanti 50-74 anni, indicatore di valutazione;*
- *T5: Tasso di ospedalizzazione polmonite per 100.000 abitanti 20-74 anni, indicatore di valutazione;*
- *T6: Tasso di prestazioni di laboratorio, non standardizzato e calcolato solo per 9 regioni (i dati delle altre regioni non sono ad oggi disponibili), indicatore di valutazione;*
- *T7: Tasso di prestazioni diagnostiche, non standardizzato e calcolato solo per 9 regioni (i dati delle altre regioni non sono ad oggi disponibili), indicatore di valutazione;*
- *T8: Tasso di prestazioni ambulatoriali specialistiche, non standardizzato e calcolato solo per 9 regioni (i dati delle altre regioni non sono ad oggi disponibili), indicatore di valutazione.*

Per gli ultimi tre indicatori la best practice è posizionata sulla mediana delle regioni (le 9 i cui dati sono disponibili), in quanto si presuppone una potenziale inappropriatazza nelle regioni che hanno il più alto numero di prestazioni per abitante.

Inoltre, in una fase successiva, potrà essere calcolato un ulteriore indicatore di competenza territoriale, ovvero la percentuale di ricoveri ripetuti per la stessa MDC dai 31 ai 180 giorni successivi al primo ricovero in qualsiasi struttura del territorio nazionale, che viene considerato in bibliografia una buona proxy della capacità del territorio di prendersi carico dei pazienti nella fase post ricovero.

1.5. L'ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

Nell'ambito del territorio si considera anche la performance relativa all'assistenza farmaceutica convenzionata. Ad oggi sono stati considerati quattro indicatori, capaci in particolare di verificare la capacità delle Regioni e delle Aziende di attuare politiche per il contenimento della spesa farmaceutica. Si ritiene necessario inserire ulteriori indicatori volti a misurare in particolar modo l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica; finora non è stato possibile per indisponibilità dei dati ma dal 2009 potrebbero esserne calcolati alcuni.

Gli indicatori considerati sono stati selezionati tra quelli calcolati da OSMED (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali) perché:

- risultano i più attendibili sia nei dati sia nei criteri di calcolo;
- risultano i più rappresentativi della performance dell'assistenza farmaceutica;
- sono gli indicatori normalmente utilizzati a livello nazionale per la valutazione dei sistemi sanitari a confronto.

Con tali premesse gli indicatori selezionati sono:

- *AF1: Costo medio pro-capite per DDD*, indicatore di valutazione.
L'indicatore misura il costo per quantità erogata per popolazione pesata.
- *AF2: Scostamento dalla mediana nazionale dei consumi farmaceutici territoriali di classe A-SSN in DDD ab die (popolazione pesata)*, indicatore di valutazione.
L'indicatore misura i consumi farmaceutici per abitante. Le regioni che presentano consumi più elevati rispetto alla mediana sono valutate a potenziale rischio di inappropriatazza, intesa in termini di eccesso, mentre le regioni che si posizionano con valori inferiori alla mediana sono valutate a potenziale rischio di inadeguatezza, intesa in termini di vuoto di offerta. Le regioni intorno alla mediana sono, invece, quelle considerate appropriate e dunque con la performance più elevata.
- *AF3: Percentuale sul totale della spesa netta della spesa territoriale dei farmaci equivalenti di classe A-SSN*, indicatore di valutazione.
L'indicatore evidenzia la capacità di ogni regione di attivare politiche di orientamento delle Aziende Sanitarie e della medicina territoriale al fine di contenere la spesa sostituendo con farmaci equivalenti a minor costo farmaci con brevetto scaduto.
- *AF4: Percentuale sul totale delle DDD erogate nel 2007 nel territorio del consumo di farmaci equivalenti di classe A-SSN*, indicatore di valutazione.
L'indicatore, come il precedente, evidenzia la capacità di ogni regione di attivare politiche di orientamento nella sostituzione di farmaci con brevetto scaduto con farmaci equivalenti, ma è espresso in termini di volume di farmaci anziché di spesa.

Al fine di completare l'analisi, ma con finalità descrittive e non di valutazione, si riportano altri due indicatori che descrivono il mix per livello ATC, sia in termini di spesa che di volumi (DDD erogate):

1. *Spesa lorda territoriale pro capite per farmaci di classe A-SSN, suddivisa per I livello ATC (Pop. Pesata)*, indicatore di osservazione;
2. *DDD/1000 ab die territoriali per farmaci di classe A-SSN per I livello ATC (Pop. Pesata)*, indicatore di osservazione.

Come già sottolineato, per il 2009 sarà auspicabile introdurre anche indicatori relativi all'appropriatezza dell'assistenza farmaceutica erogata, certamente i più significativi rispetto all'obiettivo centrale di assicurare la miglior cura rispetto al bisogno del paziente. Ad esempio, la percentuale di abbandono delle statine rappresenta la quantità di farmaci non adeguatamente utilizzata in termini terapeutici, che si traduce quindi in uno spreco di risorse rispetto all'obiettivo di salute. Tale indicatore è utilizzato dalle regioni Toscana, Liguria, Piemonte e Umbria a confronto e presenta valori regionali che vanno dal 15 al 21% per l'anno 2008. Si auspica che tale indicatore possa essere calcolato prossimamente per tutte le regioni.

1.6. L'ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E DI PREVENZIONE

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria collettiva e di prevenzione, che include tutte le attività svolte dalle Ausl per prevenire le patologie e per agire sugli stili di vita, al fine di migliorarne la qualità e ridurre la mortalità dei cittadini, ad oggi sono stati considerati solo alcuni indicatori relativi alla prevenzione secondaria.

Gli indicatori presentati, che per indisponibilità dei dati a livello di Ausl sono calcolati solo per il livello regionale, sono i seguenti:

- *P1: Tasso di vaccinazione antinfluenzale su soggetti oltre i 65 anni di età su 100 abitanti*, indicatore di valutazione. Dato fornito dal Ministero della Salute 2007.
- *P2: Tasso vaccinazione MRP (Morillo, Rosolia, Parotite) per i bambini su 100 bambini vaccinabili*, indicatore di valutazione. Dato fornito dal Ministero della Salute 2007.
- *P3: Adesione corretta allo screening mammografico rispetto alle donne 50-69 anni invitate*, indicatore di valutazione, misura quante donne invitate si sono effettivamente presentate dopo aver ricevuto l'invito dalla Ausl. Dato pubblicato sul Rapporto Nazionale Screening 2007.
- *P4: Estensione effettiva di screening mammografico rispetto alle donne 50-69 anni*, indicatore di valutazione, misura la percentuale di donne invitate sulla

popolazione di tale fascia di età. Dato pubblicato sul Rapporto Nazionale Screening 2007.

- *P5: Adesione corretta screening colon retto rispetto ai cittadini 50-69 anni invitati* indicatore di valutazione. Dato pubblicato sul Rapporto Nazionale Screening 2007. Per questo indicatore molte regioni non hanno dati perché non hanno ancora attivato il progetto e quindi risultano in fascia rossa con una performance molto scarsa.
- *P6: Estensione effettiva di screening al colon retto rispetto ai cittadini 50-69 anni*, indicatore di valutazione, misura la percentuale di persone invitate sulla popolazione di tale fascia di età. Dato pubblicato sul Rapporto Nazionale Screening 2007. Per questo indicatore molte regioni non hanno dati perché non hanno ancora attivato il progetto e quindi risultano in fascia rossa con una performance molto scarsa.

In una fase successiva potrebbero essere inclusi alcuni indicatori relativi alla prevenzione primaria ricavabili dal progetto "Passi", realizzato dalla maggioranza delle Regioni Italiane in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità.

Si riporta l'elenco di tutti gli indicatori, che in questa prima proposta sono complessivamente 37:

Codice indicatore	Indicatore
ASSISTENZA OSPEDALIERA (H)	
Governo della domanda	
H1	Tasso ospedalizzazione globale
H1.1	Tasso ospedalizzazione RO
H1.2	Tasso ospedalizzazione DH
Efficienza	
H2	Indice di performance degenza media - DRG chirurgici
H2.1	Indice di performance degenza media
H2.2	Indice di performance degenza media - DRG medici
Appropriatezza	
H3	% Drg medici da reparti chirurgici
H4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg
H5	DRG Lea Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery
H6	DRG Lea Medici: tasso di ospedalizzazione
H7	Peso medio DRG Ricoveri Ordinari
H8	Potenziale inappropriatezza
H15	Percentuale ricoveri ordinari 0-1 giorno
Qualità clinica	
H9	% cesarei
H10	Probabilità di re-ricoveri entro 30 giorni a parità di tasso di ospedalizzazione
H10.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni
H10.1.1	% ricoveri medici ripetuti entro 30 giorni
H10.1.2	% ricoveri chirurgici ripetuti entro 30 giorni
H11	% fratture femore operate in 2 gg
H12	Percentuale di fughe
ASSISTENZA DISTRETTUALE (T)	
T2	Tasso ospedalizzazione scopenso
T3	Tasso ospedalizzazione diabete globale
T4	Tasso ospedalizzazione BPCO
T5	Tasso ospedalizzazione polmonite
T6	Tasso prestazioni di laboratorio
T7	Tasso prestazioni di diagnostica per immagini
T8	Tasso prestazioni di laboratorio specialistica ambulatoriale
ASSISTENZA FARMACEUTICA (AF)	
AF1	Costo DDD pro capite
AF2	Scostamento dalla mediana nazionale dei consumi farmaceutici territoriali di classe A-SSN in DDD/1000 ab. al giorno
AF3	% sul totale della spesa netta della spesa territoriale dei farmaci equivalenti di classe A-SSN
AF4	% sul totale delle DDD del consumo territoriale dei farmaci equivalenti di classe A-SSN
ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E DI PREVENZIONE (P)	
P1	Vaccinazione antinfluenzale
P2	Vaccinazione pediatrica MRP
P3	Adesione corretta screening mammografico
P4	Estensione effettiva di screening mammografico
P5	Adesione corretta screening colon retto
P6	Estensione effettiva screening colon retto

1.7. LA RAPPRESENTAZIONE DEI RISULTATI:

Nel capitolo seguente sono presentati i dati relativi a tutti gli indicatori. In particolare, per gli indicatori di valutazione viene mostrata la performance della regione in benchmarking con le altre regioni, con i colori corrispondenti alle cinque fasce di valutazione. Inoltre, sono presentati gli indicatori non di valutazione ma con finalità di osservazione, utili a comprendere le determinanti dei risultati. Per la maggior parte degli indicatori, quelli per cui sono disponibili i dati, si mostrano anche i risultati per Azienda Sanitaria, utile per valutare il grado di omogeneità del risultato tra i soggetti che compongono il sistema sanitario regionale. Per ciascun indicatore, dopo i grafici e la tabella con i dati, si trova la scheda in cui si descrivono le modalità di calcolo adottate.