



PARTE I

LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLE ZONE-DISTRETTO DEL SISTEMA SANITARIO TOSCANO

a cura di Sabina Nuti

1. Il fabbisogno di governance integrata dei sistemi socio sanitari di S. Nuti

E' ormai condiviso che, per migliorare la salute ed il benessere dei cittadini, sia necessario, nei sistemi pubblici universalistici, offrire l'accesso e l'erogazione dei servizi garantendo un approccio integrato socio sanitario. E' infatti dimostrato che i fattori della salute sono fortemente influenzati dai comportamenti adottati e dagli stili di vita e che questi, a loro volta, sono in buona misura dipendenti dal livello socio culturale (Marmot M., 2003). In termini di sostenibilità del sistema sociosanitario stesso è inoltre dimostrato che è più proficuo agire sugli aspetti sociali e di prevenzione che sulla fase acuta della malattia (Starfield B., 2003). Malgrado vi siano evidenze scientifiche certe su questo aspetto, le politiche sanitarie adottate dai governi regionali e nazionali ne tengono conto a fatica. Molti piani sanitari nazionali e regionali nella fase introduttiva dichiarano, tra i principi ispiratori dell'azione programmata, di voler perseguire il benessere socio sanitario della persona, inteso non solo come assenza di patologie ma come realizzazione equilibrata della persona in un contesto attento a tutti i fattori che possono influire sulla salute, anche di carattere non sanitario. Nonostante tali dichiarazioni, nei fatti e negli obiettivi specifici, sono pochi i sistemi che riescono effettivamente a coniugare la dimensione sociale con quella sanitaria e che sono capaci di orientare sistematicamente l'azione dei soggetti che operano nel sistema verso l'integrazione dei due aspetti per farne un unico, potente riferimento dei comportamenti adottati e delle attività svolte. Questa problematica è particolarmente presente in Italia anche a causa del diverso assetto istituzionale e della distribuzione delle competenze agli enti locali. In molti contesti regionali le competenze sono rimaste distinte ai diversi livelli, benché nella maggior parte dei casi il bisogno sociale tenda a sovrapporsi al bisogno sanitario, gli utenti in situazione di necessità in termini sociali siano anche affetti da patologie più o meno croniche e critiche e gli interventi richiesti su entrambi i fronti siano destinati agli stessi utenti.

Lo sviluppo del sistema di *welfare* italiano, infatti, ha storicamente privilegiato una corrispondenza diretta tra bisogno (o gruppi di bisogni) e titolarità della funzione pubblica preposta, allo scopo di favorire una divisione di ruolo tra diversi Enti assistenziali, nonché una progressiva specializzazione delle risposte. Così, mentre agli Enti territoriali competono normalmente diversi servizi pubblici locali (tra cui l'assistenza sociale), agli Enti sanitari l'assistenza medica, agli Enti previdenziali altri servizi ancora. Questo modello basato su una correlazione univoca tra bisogni e funzioni ha comportato nel tempo lo sviluppo di normative ad-hoc, flussi di finanziamento indipendenti, modalità di erogazione dei servizi eterogenee. Nel frattempo però i bisogni socio-sanitari dei cittadini si sono evoluti per effetto di diverse determinanti (es. invecchiamento, comportamenti e stili di vita, innovazione tecnologica, ecc.), con crescenti sovrapposizioni che rischiano di mettere sempre più in crisi una divisione rigida dei ruoli nelle fasi di programmazione, organizzazione e gestione di singoli servizi assistenziali. Malgrado il frastagliamento delle soluzioni istituzionali ed organizzative permane il fabbisogno, a tutti i livelli, di un sistema di governance integrato che permetta di valutare le azioni intraprese in termini congiunti.

Ma come orientare allora l'azione degli operatori in modo integrato? Come dotarsi di un sistema di governance capace di guidare l'azione in questi termini?

La Regione Toscana ha già intuito la necessità di tornare a far convergere i diversi interessi istituzionali, in particolare per quanto riguarda l'assistenza socio-sanitaria, avviando la sperimentazione delle Società della Salute, in via di consolidamento definitivo mediante la revisione della Legge 40. Nel nuovo scenario per gli Enti locali diviene dunque fondamentale poter interpretare le evoluzioni in corso, in particolare quelle concernenti il Servizio Sanitario Regionale, allo scopo di individuare sinergie istituzionali, nuove modalità di integrazione socio-sanitaria, utili a soddisfare la domanda dei cittadini garantendo al contempo un uso ottimale delle risorse pubbliche.

Come in altri contesti regionali, la sfida per il futuro risiede infatti nello sviluppo di un sistema di governance inter-istituzionale, in grado di far dialogare Enti locali, Enti sanitari ed assistenziali (terzo settore compreso). In particolare, il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 approvato nel mese di luglio 2008 identifica la "sanità di iniziativa" quale meto-



dologia di risposta ai principali bisogni a valenza territoriale, intesa come proposta di una sanità che non attende che il cittadino arrivi ai servizi, ma è capace di orientare l'attività verso chi «meno sa e meno può» e che per questo si trova a rischio continuo di caduta assistenziale e persino di non espressione del bisogno.

In questo senso si propone di adottare modelli d'intervento che superino il rischio di una distribuzione di «parti uguali tra disuguali» a favore di un approccio proattivo capace di fornire servizi diversi in base al bisogno. Questo tipo di approccio integrato per l'erogazione di servizi sociosanitari capaci di garantire una risposta adeguata, necessita di un sistema di governance multidimensionale e coerente, che rappresenti in primo luogo uno strumento di comunicazione e linguaggio comune dei soggetti coinvolti nel governo e nella gestione dei servizi socio sanitari.

Questo sistema di governance, oltre all'integrazione della componente sociale con quella sanitaria, deve garantire altri due aspetti essenziali:

- il collegamento sistematico tra programmazione e valutazione dei risultati: la Pubblica Amministrazione in Italia, soprattutto nel contesto dei servizi di pubblica utilità, è particolarmente ricca di esempi di pianificazione e programmazione delle attività ma assai carente in termini di verifica dei risultati conseguiti. L'orientamento alla programmazione è talmente forte che in molti contesti è frequente ripartire con un nuovo ciclo di programmazione delle azioni senza aver considerato alcun dato di verifica dell'andamento del ciclo precedente. L'enfasi infatti si focalizza molto di più sul processo politico di condivisione delle azioni programmate che sul giudizio dell'efficacia delle scelte adottate in passato e sulle relative responsabilità.
- la coerenza tra i diversi livelli di programmazione e di valutazione dei risultati tra i soggetti del sistema: Regione, Aziende, Zone –distretto e Società della Salute devono ritrovarsi negli specifici ambiti di responsabilità in un sistema di governance che in parte è comune ed in parte si articola in base alle specificità della realtà locale. Considerando il Piano Sanitario regionale le priorità strategiche di azione devono ritrovarsi anche a livello locale, pur con le dovute specificità.

Con queste premesse il Laboratorio Management e Sanità ha intrapreso un percorso complesso con l'obiettivo di progettare e implementare un sistema di governance integrato a supporto della programmazione e la valutazione dei servizi socio sanitari a livello di zona, di azienda e per il sistema nel suo complesso. È quindi stato predisposto questo volume che presenta, in forma sperimentale, gli indicatori, già in uso nel sistema di valutazione della performance adottato dalla Regione Toscana per le aziende sanitarie locali, calcolati per zona – distretto. L'obiettivo è quello di fornire alle Società della Salute delle prime evidenze da considerare sia in fase di predisposizione dei Piani integrati di Salute sia per aprire un dibattito sul percorso ancora da compiere in termini di indicatori mancanti da condividere e introdurre a supporto della governance locale, aziendale e regionale.

Il sistema proposto in nessun modo pretende di essere esaustivo relativamente ai fabbisogni di governance e di valutazione dei risultati per le zone – distretto, ma si propone come un primo strumento sia per il management locale che per la regione, per valutare le differenze tra i territori ed individuare, attraverso il confronto, le aree di eccellenza e gli aspetti su cui è auspicabile intervenire per garantire un servizio adeguato ed equo ai cittadini.

Nei capitoli successivi si illustra la struttura del sistema, i prospetti di sintesi rappresentativi della valutazione per ciascuna zona distretto con i dati ad oggi disponibili, nonché le logiche con cui la valutazione dei risultati in termini gestionali possa integrarsi e supportare il processo di programmazione socio sanitaria locale per la predisposizione dei piani integrati di salute.

2. La struttura del sistema di valutazione di zona – distretto *di S. Nuti*

Il sistema di valutazione delle zone-distretto del sistema sanitario della Regione Toscana presentato in questo report segue gli stessi criteri e la stessa metodologia del sistema di valutazione della performance delle Aziende Sanitarie, adottato in tutto il sistema sanitario toscano a partire dal 2005 (Nuti, 2007). Nel 2007, infatti, la Direzione Regionale delle Politiche Sociali e di Solidarietà ha richiesto di estendere la valutazione dei risultati, sino ad allora calcolati per singola azienda, a livello di zona, includendo quindi nelle logiche della valutazione anche l'area relativa ai servizi sociali. La figura seguente mostra in breve la storia e l'evoluzione del sistema di valutazione della performance della dei servizi socio-sanitari toscani.

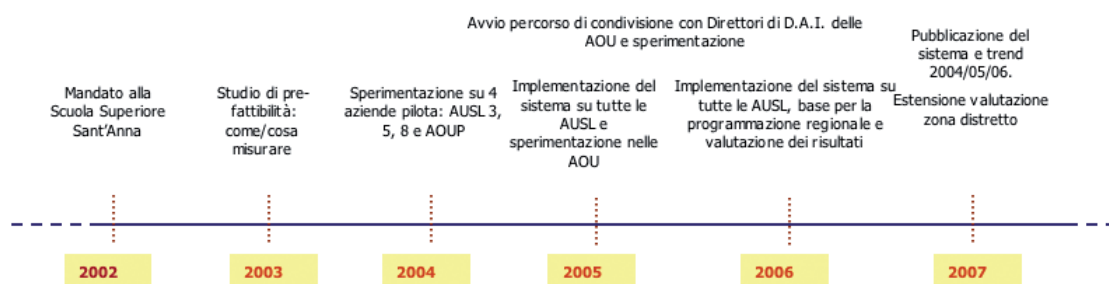


Fig. 1: La storia del sistema

Così come per la valutazione della performance delle aziende sanitarie, caratteristica fondante del sistema valutazione è la multidimensionalità: il sistema socio-sanitario, infatti, rappresenta un contesto complesso che può e deve essere monitorato e misurato solo attraverso indicatori di sintesi capaci di evidenziare le numerose sfaccettature del sistema stesso. Devono infatti essere oggetto di misurazione non solo le performance cliniche ed economiche, ma anche quelle organizzative, di comunicazione, di soddisfazione degli utenti rispetto ai servizi ed attività ed di equità di accesso ed utilizzo dei servizi. Solo la valutazione dell'insieme di tali aspetti può fornire una lettura sufficientemente ampia del sistema e delle sue performance, capace di evidenziare al management sanitario le possibili leve su cui agire per il miglioramento dei singoli servizi offerti e del sistema nel suo complesso.

Il modello (figura 2) elaborato dal gruppo di ricerca per lo studio di prefattibilità del sistema di valutazione delle aziende, descrive le relazioni di causa ed effetto nel processo di erogazione dei servizi di un'azienda sanitaria. Il gruppo di ricerca ha inteso evidenziare nel modello sia le tipologie di risultati attesi dalle istituzioni sanitarie, sia le modalità con cui questi vengono operativamente conseguiti. Nel prospetto, partendo dalla destra dello schema, si evidenziano 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 che 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. Nonostante spesso siano necessari anni o decenni per 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, si deve ricorrere per valutare l'efficacia intrapresa delle azioni intraprese. Si pensi, a titolo di esempio, alle attività di screening per il tumore al seno o al colon retto.

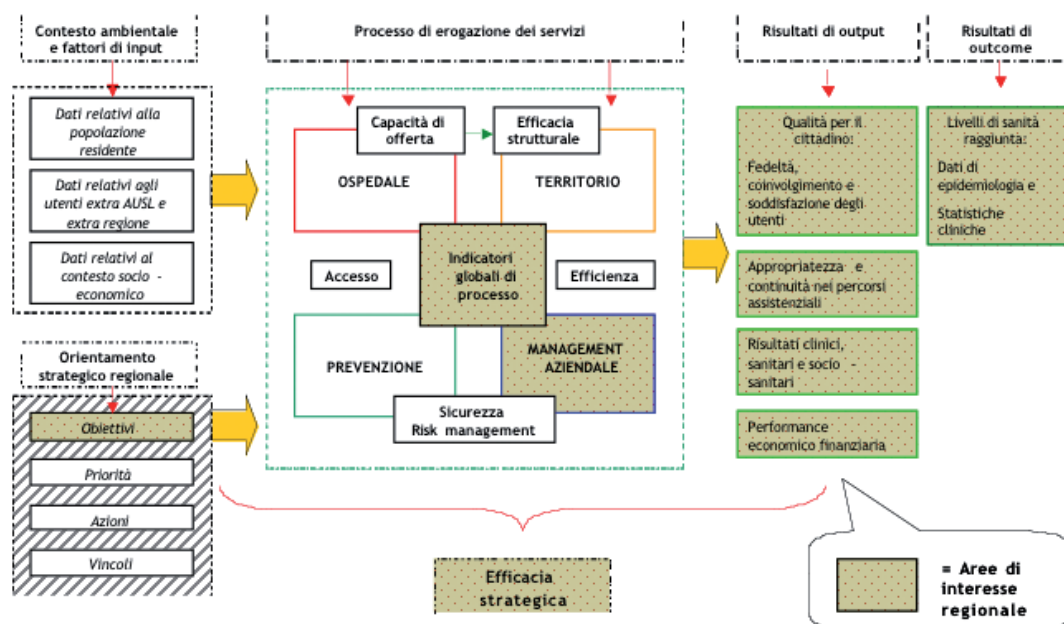


Fig. 2: Il Sistema Azienda

Nello schema proposto gli *outcome*, che comunque sono 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 a 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, l'attività diagnostica e ambulatoriale, nonché di tutti i servizi coordinati dalle zone (Sert, Handicap, salute mentale adulti e infanzia, consultori...); 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. La tipologia di popolazione, la conformazione del territorio, l'evoluzione dei servizi erogati fino ad oggi e gli obiettivi specifici identificati a livello regionale chiaramente influiscono sulle scelte e sulle modalità adottate da ciascuna azienda per servire il proprio territorio.

Tale modello, in una logica di valutazione a livello di zona distretto, deve essere integrato per ciò che riguarda il territorio dei servizi sociali erogati dalle zone, ovvero tutti i servizi relativi ai minori, alle famiglie, agli immigrati, agli anziani e ai non autosufficienti, i servizi residenziali e semiresidenziali, oltre al tutto il terzo settore, comprensivo delle cooperative sociali.

L'erogazione di tali servizi e l'integrazione degli stessi deve avvenire secondo logiche di equità, sia in termini orizzontali, secondo cui persone bisognose di un'assistenza, sia essa sanitaria, sociale o socio-sanitaria, simile devono avere le stesse probabilità di accedere ai servizi universali offerti dal sistema indipendentemente dalle proprie caratteristiche sociali, culturali, religiose ed economiche, sia in termini di equità verticale, secondo cui, invece, alcuni servizi devono essere differenziati in modo da offrire un'assistenza appropriata a persone diverse, come ad esempio il mediatore culturale, o i servizi sociali in cui sono presenti persone straniere che necessitano di interpreti linguistici.

Tenendo quindi presente il modello concettuale descritto, per la rappresentazione finale dei risultati del sistema di valutazione della performance a livello di zona-distretto sono state individuate sei dimensioni di sintesi, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello socio-sanitario, come evidenziato in figura 3.

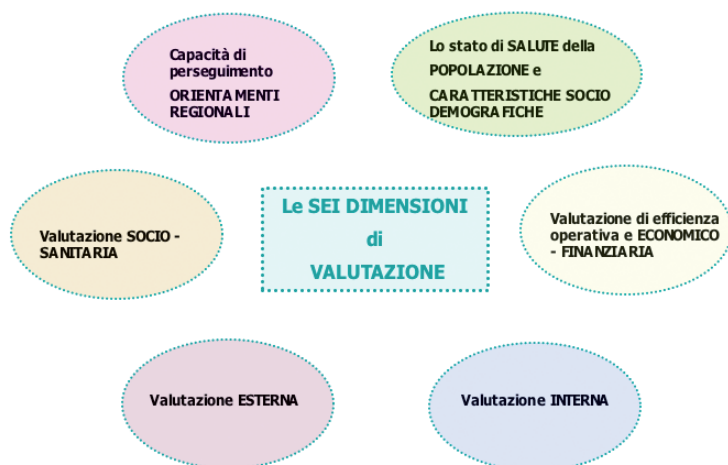


Fig. 3: Le dimensioni di valutazione



Tali dimensioni coincidono in parte con le dimensioni di valutazione individuate per le aziende:

A. Valutazione della salute della popolazione e caratteristiche demografiche e socio-economiche:

È utile chiarire fin da subito che le caratteristiche di una popolazione non indicano le performance né di una azienda né di una zona distretto. Tali caratteristiche sono però di supporto a tutto il processo di programmazione che il territorio deve mettere in atto per uno sviluppo e un mantenimento appropriato dei servizi, rispondendo quindi alle esigenze della popolazione a cui essi si rivolgono. Una zona, infatti, con un'alta percentuale di anziani, un basso livello di scolarizzazione e un'alta percentuale di famiglie povere dovrà essere in grado di supportare una serie di servizi in materia di anziani, adulti a rischio di povertà, ecc...; tali servizi, invece, saranno implementati in maniera diversa in una zona dove, invece, la popolazione è mediamente più giovane, ricca ed istruita. Gli indicatori di questa dimensione rappresentano quindi dei punti di partenza ed arrivo del sistema di valutazione e non hanno assolutamente la pretesa di essere valutati come performance. Tali indicatori analizzano principalmente lo stato di salute della popolazione, attraverso alcuni tassi di mortalità, le caratteristiche demografiche della popolazione, come l'indice di dipendenza e di natalità, le caratteristiche socio-economiche della popolazione, come il livello di istruzione e di povertà.

B. Valutazione delle strategie regionali: le aziende sanitarie, operando in logica di squadra e non solo come strutture autonome, devono mettere in atto gli orientamenti regionali e le delibere previste a livello regionale. Gli obiettivi e le strategie regionali, infatti, previsti nel Piano Sanitario Regionale e nel Piano Integrato Sociale Regionale, devono poter essere monitorati ad ogni livello, sia di azienda, che di zona-distretto. Se infatti un obiettivo, come ad esempio la copertura vaccinale, è raggiunto a livello medio aziendale, non è detto che lo stesso obiettivo sia raggiunto in ogni zona facente parte dell'azienda stessa. È importante quindi che tali obiettivi ed indicatori siano declinati fino al livello zonale, al fine di evidenziare le criticità e gli spazi di miglioramento. Tale area, una volta messo a regime il sistema, potrà inoltre comprendere il monitoraggio e la valutazione delle strategie specifiche di zona-distretto e/o di Società della Salute richieste dalla Regione.

C. Valutazione socio-sanitaria: in questa dimensione sono compresi i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e risposta del sistema socio-sanitario, in particolar modo per le attività di competenza del territorio come la prevenzione, la medicina generale, l'attività dei consultori e le attività legate ai servizi sociali.

D. Valutazione esterna: in questa dimensione si considera il punto di vista della popolazione e degli utenti dei servizi di zona-distretto e delle attività ad essa correlate, attraverso la valutazione della soddisfazione e di esperienza.

E. Valutazione interna: in questa dimensione viene considerato il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie afferente alle attività e servizi erogati esclusivamente dalle zone. Ormai molti studi evidenziano 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, quindi, necessita di una rilevante focalizzazione sui sistemi e i meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati.

F. Valutazione economico-finanziaria e di efficienza operativa: in tale area di valutazione se per le aziende si verifica la capacità di perseguire le tre condizioni di equilibrio della dinamica economico finanziaria, per le zone si valuta la spesa sanitaria territoriale e la spesa sociale. 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...) e la capacità di utilizzo da parte dell'azienda degli strumenti fondamentali di management (meccanismi di programmazione e controllo, formazione, comunicazione interna...).

Così come per la valutazione della performance aziendale, affinché la valutazione, della performance delle zone-distretto fosse rappresentata in maniera efficace, semplice e chiara, è stato utilizzato lo schema del "bersaglio", composto da cinque diverse fasce, una per ogni livello di performance di valutazione, e suddiviso in sei spicchi rappresentanti ciascuno una delle sei dimensioni. Ogni indicatore misurato è rappresentato sul bersaglio con un simbolo (un pallino): la zona-distretto capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse dimensioni avrà i propri risultati riportati vicino al centro del bersaglio, mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce più lontane dal centro.

Le fasce in cui la valutazione è stata espressa sono cinque ed a ciascuna fascia è associato un colore e un punteggio a seconda del tipo di performance ottenuto:

- fascia verde: la fascia più centrale al bersaglio, corrispondente ad una performance ottima, il cui punteggio sintetico è compreso tra il 4 e il 5;



- fascia verde chiaro: indica una performance buona e la valutazione sintetica è compresa tra il 3 e il 4;
- fascia gialla: indica una performance non negativa, con ampi spazi di miglioramento, la valutazione è tra il 2 e il 3;
- fascia arancione: la performance è scarsa e deve essere migliorata, la valutazione è tra l'1 e il 2;
- fascia rossa: la performance è assai scarsa e la valutazione è compresa tra 0 e 1.

VALUTAZIONE	COLORE FASCIA	PERFORMANCE
4 - 5	VERDE	Performance OTTIMA (PUNTO DI FORZA)
3 - 4	VERDINO	Performance BUONA
2 - 3	GIALLO	Performance MEDIA
1 - 2	ARANCIO	Performance SCARSA
0 - 1	ROSSO	Performance MOLTO SCARSA (PUNTO DI DEBOLEZZA)

Fig.4: Le fasce di valutazione

Per costruire le scale di valutazione con cui sono stati misurati i diversi indicatori 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 regionale o un obiettivo 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 (in genere sono stati considerati il sesso e l'età della popolazione di riferimento).

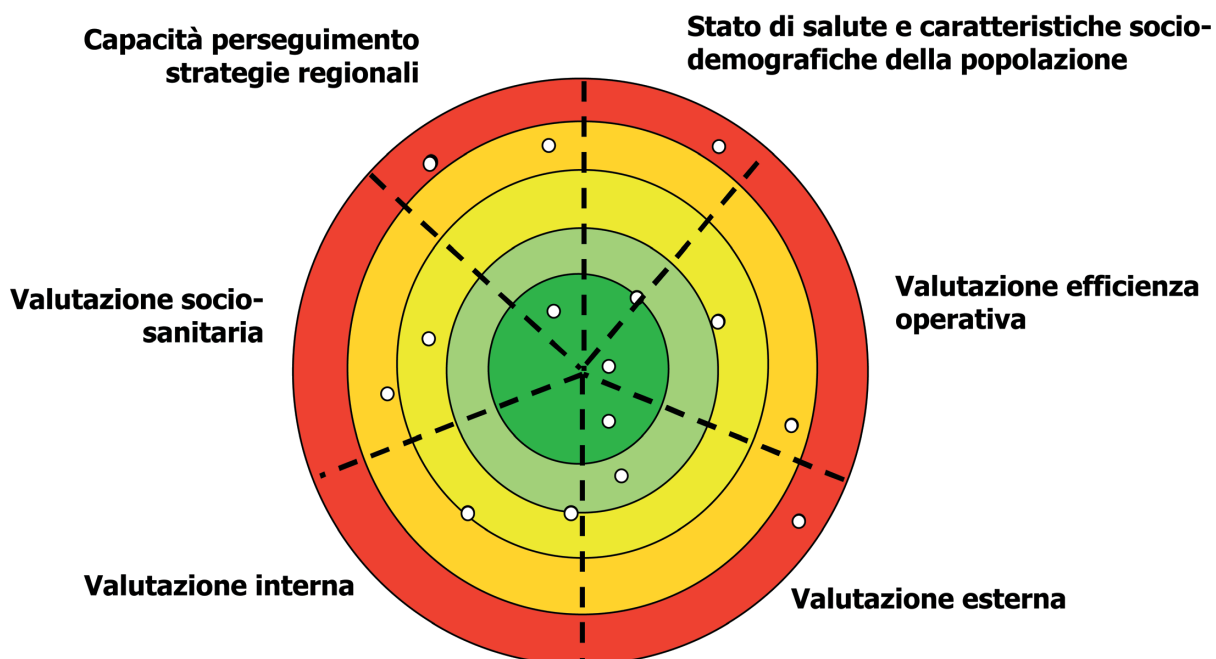


Fig. 5: La logica del bersaglio e le dimensioni di valutazione

Ogni zona-distretto vede rappresentata sinteticamente la propria performance nel proprio bersaglio, in cui vengono riportati i valori di sintesi degli indicatori selezionati. È possibile quindi, in maniera veloce, capire quali siano per l'anno di riferimento le performance positive della zona-distretto, rappresentate dagli indicatori riportati nelle fasce di valutazione verdi ed i risultati, invece, con performance scarse, riportati nelle fasce di valutazione arancione o rossa.

3. Gli indicatori del sistema di valutazione della performance di zona distretto *di S. Barsanti*

Gli indicatori presenti nel sistema di valutazione delle zone-distretto hanno una struttura ad albero, ovvero sono composti da un indicatore principale che rappresenta la sintesi di alcuni sottoindicatori: 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 (Nuti, 2008).



Fig. 6: Un esempio di indicatore

Per il 2007 gli indicatori presenti nel bersaglio sono in totale 58, raggruppati in 26 indicatori di sintesi. Il loro numero complessivo può variare perché ogni anno la Regione può modificare sia gli obiettivi sia, di conseguenza, i risultati da monitorare in base alle priorità strategiche dell'anno. Sono inseriti nella reportistica anche alcuni indicatori senza valutazione per facilitare la comprensione delle determinanti del risultato conseguito. I risultati, inoltre, possono avere una differente tempistica di misurazione e valutazione in base alla rilevanza e alla possibilità effettiva di modificare i processi in tempi brevi, incidendo sui risultati ottenuti (ad esempio i tempi di attesa nella valutazione aziendale sono 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 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, come mostrato nella seguente figura.

DIMENSIONI	FONTI
SALUTE E CARATTERISTICHE SOCIO DEMOGRAFICHE DELLA POPOLAZIONE (A)	- ARS Toscana - Censimenti ISTAT - Stime IRPET
CAPACITÀ PERSEGUIMENTO STRATEGIE REGIONALI (B)	- Flussi ministeriali e regionali - Enti, Organizzazioni sanitarie - Indagini MeS (CATI)
VALUTAZIONE SOCIO-SANITARIA (C)	- Flussi ministeriali e regionali
VALUTAZIONE ESTERNA (D)	Indagini telefoniche svolte dal MeS (CATI): - sulla popolazione - sugli utenti ricoverati - sulle partorienti - sugli utenti del PS - sugli utenti in ADI
VALUTAZIONE INTERNA (E)	- Indagine MeS di clima organizzativo (CAWI) - Flussi aziendali
VALUTAZIONE EFFICIENZA OPERATIVE E DINAMICA ECONOMICO-FINANZIARIA (F)	- Flussi ministeriali e regionali - Bilanci Aziendali

Fig. 7: Dimensioni e Fonti

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. Spesso può essere estremamente utile e necessario poter disporre di informazioni e dati in tempi rapidi, capaci di segnalare al management l'impatto di alcune decisioni, o alcune situazioni in essere 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 che il team di ricerca ha denominato "valutazione ad hoc".

Gli indicatori che si possono ricavare da questa tipologia di indagine sono da considerare come "segnali sentinella", utili per attivare eventuali 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, in seguito a segnalazioni ricevute da associazioni, cittadini, enti locali;
- analizzare lo stato di fatto di un servizio/attività e le differenze tra le diverse realtà locali, per orientare e supportare il processo di programmazione a livello regionale e aziendale.

Gli strumenti adottabili nei processi di valutazione "ad hoc" sono molteplici. Nel sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane sono stati testati ed utilizzati i seguenti:

- i focus group, ossia indagini qualitative con il coinvolgimento di un gruppo di utenti selezionati per discutere su opinioni, valutazioni e percezioni dell'assistenza sanitaria ricevuta;
- le osservazioni strutturate, ossia indagini qualitative basate sull'osservazione passiva dello svolgimento di un servizio/attività secondo uno schema determinato, con eventuale ripresa fotografica delle situazioni oggetto di osservazione;
- le esperienze di utente simulato, ossia indagini qualitative in cui il ricercatore veste i panni dell'utente testando il servizio oggetto di analisi in forma diretta o telefonica;
- le interviste strutturate, ossia indagini qualitative realizzate mediante interviste in profondità all'utente/paziente seguendo una traccia predefinita.

Gli indicatori provenienti da valutazioni ad hoc sono segnalati attraverso il simbolo di un campanello. Sono indicatori campanello nel bersaglio aziendale, ad esempio, gli indicatori relativi ai tempi di attesa delle prestazioni specialistiche (B3). Tra gli indicatori presenti nel bersaglio delle zone-distretto non ci sono indicatori basati sulla valutazione ad hoc.

Gli indicatori della dimensione D (valutazione esterna) e alla dimensione E (valutazione interna) non sono, per il 2007, rappresentativi statisticamente a livello di zona: tuttavia si è ritenuto opportuno inserirli come indicatori di tipo gestionale. Solo per il 2007, quindi, tali indicatori devono essere letti come indicatori sentinella: nel corso del 2008 le indagini di soddisfazione, infatti, sono state costruite ed elaborate in maniera tale da essere rappresentativa fino a livello di zona-distretto.

Rispetto alla valutazione aziendale, che comprende indicatori che analizzano le diverse componenti, con i rispettivi obiettivi, di una azienda sanitaria, dal presidio ospedaliero, al territorio, ai servizi amministrativi, ecc, gli indicatori dei bersagli delle zone-distretto devono concentrarsi da una parte sulle sole performance del territorio, dall'altra allargarsi alle performance dei servizi sociali, nonché cercare di catturare i risultati e gli output di tutti quei servizi integrati. In questo senso, la letteratura e l'esperienza internazionale, infatti, sono ricche di esempi di valutazione dei servizi sociali: ad esempio, i servizi sociali inglesi sono valutati di anno in anno attraverso un sistema di valutazione assai simile a quello utilizzato dalla Regione Toscana per le Aziende Sanitarie (CSCI, 2005).

Il gruppo di ricerca del Laboratorio MeS ha iniziato, dal dicembre 2007, una stretta collaborazione con il settore delle Politiche Sociali della Regione Toscana, al fine di individuare degli indicatori di sintesi che potessero essere utilizzati nella valutazione di zona-distretto e che comprendessero anche la parte, fin ad allora esclusa dei servizi sociali. Varie sono state le criticità incontrate in tale ricerca.

Innanzitutto, sulla parte sociale, manca una precisa definizione e classificazione delle "patologie" sociali e delle prestazioni ad esse collegate: se infatti sul versante sanitario il bisogno è certamente espresso dalla presenza di una certa patologia o malattia, curabile in maniera sostanzialmente standardizzata (ad esempio le linee guida), sul versante sociale si fa riferimento ad una situazione di fragilità che spesso non è facilmente misurabile; pertanto gli interventi che ne seguono sono poco standardizzabili. Il sistema di welfare riconosce a tutta la popolazione la garanzia di alcuni diritti essenziali: i Livelli Essenziali di Assistenza ed i Livelli Essenziali per le Prestazioni sociali rappresentano la specifica traduzione, per i rispettivi ambiti, delle garanzie del cittadino, ovvero dei diritti sociali esigibili. Se sul versante sanitario tali diritti sono esplicitamente definiti attraverso i LEA, su quello sociale, invece, i LIVEAS sono ancora in fase di determinazione e definizione da parte del Governo. Una doverosa articolazione e definizione dei LIVEAS risulta però di particolare importanza nella definizione di possibili indicatori e/o standard sociali.

Altra criticità è rappresentata dalla mancanza di un flusso informativo sociale, anche a livello nazionale, di dati da cui poter attingere per estrarre le informazioni, criticità che il dipartimento sta affrontando anche grazie alla realizzazione



di un Osservatorio Regionale Sociale che possa mettere in rete i diversi Osservatori Sociali Provinciali. Le informazioni ed i dati relativi a tale settore non mancano, ma è necessaria una omogeneizzazione e, in alcuni casi, standardizzazione dei dati in modo da poter confrontare le diverse informazioni e arrivare ad un linguaggio comune, necessario sia per il processo di programmazione, che per quello di valutazione. La disponibilità, infatti, continua e sistemica di informazioni affidabili rappresenta un elemento strategico per poter effettuare la programmazione, la gestione e, infine, la valutazione dei servizi sociosanitari.

Calcolare alcuni tipi di indicatori a livello di zona, come ad esempio la mortalità infantile, inoltre, pone dei problemi a livello di rappresentatività statistica: trattandosi, infatti, di pochi casi, differenze minime nel tempo aumentano la variabilità dell'indicatore, sovrastimando o sottostimando il reale trend temporale e la reale significatività del dato, soprattutto da un punto di vista epidemiologico. È utile, in alcuni casi, riportare anche solo il numero assoluto: alcuni episodi o attività, come la morte di un neonato o una persona bisognosa non presa in carico dai servizi, devono essere oggetto di valutazione da parte della dirigenza aziendale e regionale. Secondo il criterio dell'evitabilità, infatti, la presenza di un solo caso non gestito efficacemente impone un processo di verifica del sistema che ha permesso che ciò accadesse: ad esempio un alto numero di pazienti ricoverati inappropriatamente seguiti dallo stesso medico di famiglia non rappresenta in maniera esaustiva il lavoro di tale medico, ma costituisce sicuramente un ambito in cui si devono attivare segnalazioni e processi di verifica. In termini gestionali, infatti, l'utilizzo di questo tipo di dati permette di rendicontare prima di tutto l'accaduto, di responsabilizzare gli operatori sanitari e i professionisti e di migliorare l'organizzazione e l'efficienza dei processi interni.

Questo report fornisce alle zone tutto ciò che era possibile calcolare a livello di zona-distretto con le informazioni ad oggi disponibili. La parte sociale risulta ancora priva di indicatori di riferimento per le criticità descritte sopra: nei prossimi mesi il Laboratorio MeS insieme all'Osservatorio Regionale Sociale, in accordo con i responsabili di zona, provvederà alla elaborazione di una serie di indicatori da inserire nella valutazione. Tali indicatori, in queste prime fasi sperimentazione, potranno essere indicatori semplici, atti a verificare la presenza o meno di un servizio, come ad esempio l'attivazione nella zona del Punto Unico di Accesso, o la verifica di obiettivi specifici previsti nel Piano Integrato Sociale Regionale. In particolare tali indicatori potranno essere raggruppati, oltre che nelle diverse dimensioni della valutazione, anche per tipologia di utenze (anziani, immigrati, non autosufficienti, disabili, povertà e disagio adulti, salute mentale), in linea con il nomenclatore sociale.

La maggior parte degli indicatori presentati nel bersaglio delle zone-distretto fa parte anche dei bersagli aziendali: per alcuni items, infatti, è utile nonché necessario per il management avere sia una lettura di insieme, sia una lettura distinta per ogni livello che offre il servizio a cui si fa riferimento. La tabella seguente mostra gli indicatori presenti sul bersaglio aziendale 2007 e quelli presenti nel bersaglio di zona-distretto 2007 e quelli che, per questo ultimo livello di valutazione, sono in fase di elaborazione. Nel corso del 2008, come già accennato, saranno aggiunti indicatori riguardanti i servizi sociali.



20 – PARTE I: LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLE ZONE-DISTRETTO DEL SISTEMA SANITARIO TOSCANO

Codice indicatore bersaglio Aziendale	Codice indicatore bersaglio di Zona-Distretto	Indicatori e sottoindicatori	Valutazione Zona 2007
VALUTAZIONE SALUTE DELLA POPOLAZIONE E CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE (A)			
A1	A1	Mortalità Infantile	E
A1.1	A1.1	Mortalità nel primo anno di vita	E
A1.2	A1.2	Mortalità neonatale precoce (primi 6 giorni di vita)	E
A1.3	A1.3	Mortalità neonatale totale (primi 28 giorni di vita)	E
A2	A2	Mortalità tumori	D
A3	A3	Mortalità per malattie circolatorie	D
A4	A4	Mortalità per suicidi	E
	A5	Incidenti stradali: Numero incidenti stradali, morti e feriti (andamento temporale)	E
	A6	Incidenti sul lavoro: numero incidenti per categoria produttiva, decessi, medie mobili	E
	A7	AIDS	D
	A7.1	Tasso di incidenza (media mobile per triennio)	D
	A7.2	Tasso uso farmaci antiretrovirali	D
	A8	Indice di vecchiaia	D
	A9	Indice di dipendenza	D
	A10	Tasso di natalità	D
	A11	Tasso standardizzato di PYLL (tutte le cause)	D
	A12	Livello di istruzione	D
	A13	Povertà	D
	A13.1	Percentuale famiglie povere	D
	A13.2	Reddito medio equivalente	D
CAPACITA' PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI (B)			
B4	B4	Strategie per il controllo del dolore	E
B4.1	B4.1	Consumo di farmaci oppioidi	E
B4.2	B4.2	Indagini di soddisfazione degli utenti	E
B5	B5	Estensione ed adesione allo screening	E
B5.1	B5.1	Screening Mammografico	E
B5.2	B5.2	Screening cervice uterina	E
B5.3	B5.3	Screening coloretale	E
B7	B7	Grado di copertura vaccinale	D
B7.1	B7.1	Grado di copertura per vaccino MPR	D
B7.2	B7.2	Grado di copertura per vaccino antinfluenzale	D
B9	B9	Equità ed accesso	E
B9.1	B9.1	Percorso materno infantile	E
B9.2	B9.2	Pronto Soccorso	E
B9.4	B9.4	Servizi territoriali	E
B13	B13T	Continuità assistenziale: percorso materno infantile	D
B13.1		Pre-parto	
B13.2		Parto	
B13.3		Post-parto	
VALUTAZIONE SOCIO-SANITARIA (C)			
C8	C8	Valutazione dell'efficacia sanitaria delle attività territoriali	D
C8.5	C8.5	Tasso di ricoveri >30 gg sulla popol. resid.	D
C9	C9	Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	E
C9.1	C9.1	Inibitori di pompa protonica: riduzione n. unità posologiche	E
C9.2	C9.2	Statine: tasso di abbandono	E
C9.3	C9.3	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina: % confezioni sartani	E
C9.4	C9.4	Inibitori selettivi ricaptazione serotonina: riduzione DDD	E
C11		Efficacia assistenziale delle cure primarie	
C11.1	C12T	Tasso di ospedalizzazione per scompenso	D
C11.2	C13T	Tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze a lungo periodo	D
C11.3	C14T	Tasso di ospedalizzazione per BPCO	D
C11.4	C13T	Tasso di ospedalizzazione per polmonite	D
	C17T	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche	D
	C18	Tasso di accessi al Pronto Soccorso per popol. Residente codici bianchi-azzurri	E

D	D dato disponibile
E	E dato in fase di elaborazione
in corsivo indicatori presenti solo nella valutazione delle Zone	

Codice indicatore bersaglio Aziendale	Codice indicatore bersaglio di Zona-Distretto	Indicatori e sottoindicatori	Valutazione Zona 2007
VALUTAZIONE ESTERNA (D)			
D2	D2T	Medicina di base	D
D2.1	D2.1	Medici di Medicina Generale	D
	D2T.1	Soddisfazione complessiva MMG	D
	D2T.1.1	Visite domiciliari	D
	D2T.1.2	Comunicazione Sanitaria	D
	D2T.1.3	Tempo dedicato	D
	D2T.1.4	Partecipazione	D
	D2T.1.5	Gentilezza e disponibilità	D
	D2T.1.6	Professionalità	D
D2.2	D2.2	Pediatrati di Libera Scelta	D
	D2T.2.1	Organizzazione ambulatorio	D
	D2T.2.2	Tempestività di risposta	D
	D2T.2.3	Visite domiciliari	D
	D2T.2.4	Comunicazione sanitaria	D
	D2T.2.5	Gentilezza e disponibilità	D
	D2T.2.6	Professionalità	D
D3	D3	Attività ambulatoriale	D
D3.1	D3.1	Organizzazione	D
D3.2	D3.2	Comunicazione	D
D3.3	D3.3	Gentilezza	D
D3.4	D3.4	Professionalità	D
D4	D4	Attività diagnostica	D
D4.1	D4.1	Gentilezza	D
D4.2	D4.2	Professionalità	D
D15	D15	Distretto	D
D15.1	D15.1	Organizzazione	D
D15.2	D15.2	Gentilezza del personale	D
D15.3	D15.3	Professionalità del personale	D
D16	D16	Informazione	D
D17	D17T	Percorso materno-infantile	D
VALUTAZIONE INTERNA (E)			
E1	E1	Tasso di risposta all'indagine di clima	D
E6	E6	Condizioni di lavoro per i dipendenti	D
E6.1	E6.1	Il mio lavoro	D
E6.2	E6.2	Condizioni di lavoro	D
E6.3	E6.3	Lavoro di gruppo	D
E7	E7T	Management per i dipendenti	D
E7.1	E7T.1	Comunicazione ed informazione	D
E7.2	E7T.2	Il mio responsabile	D
E7.3	E7T.3	La mia azienda	D
E9	E9	Attività di formazione	D
VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA (F)			
F10	F10	Governo della spesa farmaceutica	E
F11	F11	Indice di compensazione	
F12	F12	Efficienza prescrittiva farmaceutica	E
F12.1	F12.1	Inibitori di pompa protonica: costo medio unitario	E
F12.2	F12.2	Statine: costo medio unitario	E
F12.3	F12.3	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina: % Enalapril	E
F12.4	F12.4	Antagonisti dei recettori alfa adrenergici: % Tamsulosina	E
F12.5	F12.5	Antidepressivi: costo medio unitario	E
	F16	Spesa sociale dei comuni per tipologie di utenti	D
	F17	Spesa sanitaria territoriale totale	D

D	D dato disponibile
E	E dato in fase di elaborazione
in corsivo indicatori presenti solo nella valutazione delle Zone	

Fig. 8: Gli indicatori del bersaglio di zona-distretto per il 2007



Rispetto al bersaglio aziendale, alcuni indicatori, pur essendo calcolati con la stessa metodologia, compaiono nel bersaglio di zona secondo una diversa struttura ad albero, proprio per la particolare rilevanza di alcuni aspetti a livello di territorio. È il caso ad esempio dell'indicatore relativo all'efficacia assistenziale delle cure primarie (C11): tale indicatore raggruppa i tassi di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per i bersagli delle aziende; nel bersaglio di zona-distretto ogni tasso di ricovero rappresenta un indicatore principale. Per quanto riguarda invece le indagini di soddisfazione ed esperienza dei pazienti/utenti, gli indicatori sono calcolati considerando la residenza dell'utente che ha risposto all'intervista: se la residenza è la stessa in cui il paziente ha ricevuto il servizio, viene considerato nel calcolo, altrimenti viene escluso. Infine, per le indagini di clima interno, si considerano le risposte degli afferenti al territorio. L'adeguamento dei sistemi informativi permetterà di ottenere il dettaglio di zona-distretto per alcuni indicatori che attualmente sono calcolati solo a livello aziendale: sarà ad esempio possibile calcolare l'estensione e l'adesione agli screening oncologici, l'appropriatezza farmaceutica ed il governo della spesa farmaceutica per ogni zona-distretto. Gli indicatori disponibili in futuro sono segnalati con la lettera E nella figura 8.

4. I prospetti di sintesi dei risultati delle 34 zone-distretto toscane *di S. Nuti, S. Barsanti*

Di seguito si riportano i bersagli di ciascuna delle 34 zone-distretto del sistema sanitario toscano, elencati per Azienda Sanitaria. Si è infatti ritenuto necessario dotare il management sanitario e i direttori delle aziende dello stesso strumento di governance utilizzato per la valutazione delle aziende. Tale prospetto non è certamente esaustivo, ma rappresenta una prima modalità con cui poter leggere efficacemente i risultati delle zone-distretto in maniera sintetica e chiara. Vari possono comunque essere gli strumenti di governance con i quali è possibile leggere in maniera critica i risultati delle zone ed il Laboratorio MeS, in collaborazione con la Direzione Regionale, sta già sperimentando altre forme di rappresentazione che siano in grado anche di dare una lettura dinamica dei fenomeni e dei processi in corso.

I bersagli qui presentati sono ancora in fase sperimentale, in quanto non tutti gli indicatori riportati hanno una rappresentatività statistica. In particolare, la dimensione di valutazione interna mostra i risultati dell'indagine di clima interno per i soli dipartimenti e dipendenti afferenti al territorio: tali indicatori però non sono rappresentativi dal punto di vista statistico, in quanto il campione che ha risposto all'indagine, è poco numeroso e devono quindi essere letti come indicatori sentinella.

Anche gli indicatori della dimensione D devono essere letti come indicatori ad hoc.

La dimensione F, relativa alla valutazione dell'efficienza operativa e della dinamica economico-finanziaria, non ha indicatori sul bersaglio; sono comunque riportati nel report due indicatori di sintesi relativi alla spesa sociale dei Comuni e delle ASL senza valutazione ancora in fase di sperimentazione e studio.

Gli indicatori si riferiscono all'anno 2007, tranne quelli appartenenti alla dimensione A. Per questa ultima dimensione di valutazione che si riferisce alla salute della popolazione e alle sue caratteristiche demografiche, sociali ed economiche varie sono state le difficoltà sia nel reperimento dei dati, sia, una volta avuto il dato, nell'aggiornamento del dato stesso e non è stato possibile avere indicatori per l'anno 2007. In ogni caso gli indicatori di questa area di valutazione non sono considerati come indicatori di performance, ma come indicatori attraverso i quali leggere ed interpretare il resto degli indicatori.

A partire dal 2007 il sistema di valutazione, sia aziendale che di zona-distretto, è accessibile per tutti gli operatori ed il management sanitario tramite password via web al seguente indirizzo <http://report.sssup.it>. Da luglio 2008 i dati relativi alle Aziende Sanitarie sono accessibili anche ai cittadini sul sito <http://www.valutazioneasanitatoscana.sssup.it>.

Di seguito i bersagli delle zone-distretto per il 2007.



4.1 ASL 1 di Massa Carrara

4.1.1 La performance della zona-distretto Lunigiana

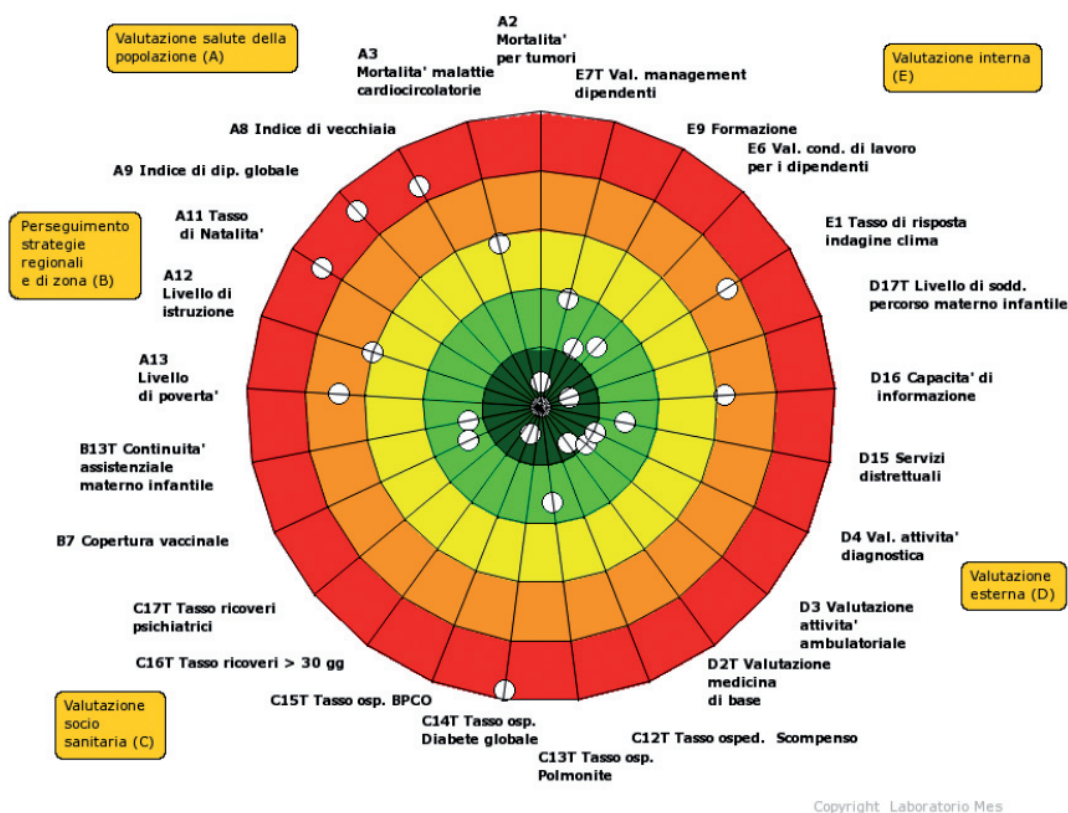


Fig. 9: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Lunigiana

4.1.2 La performance della zona-distretto Apuane

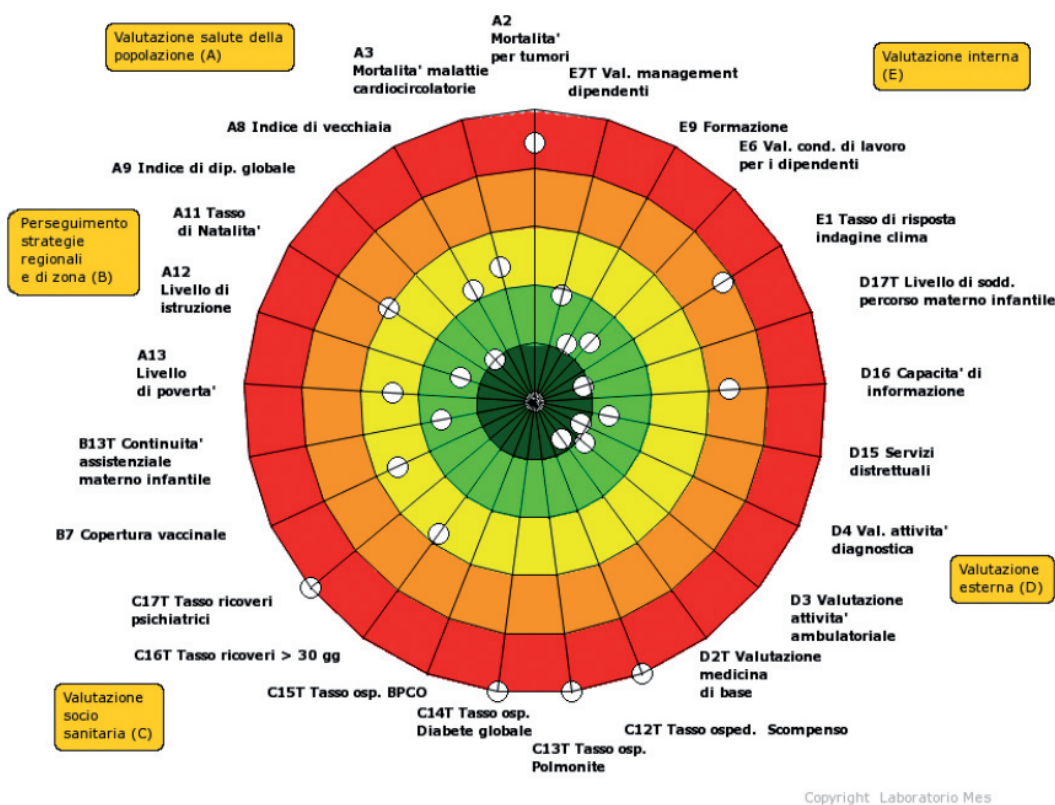


Fig. 10: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Apuane

4.2 ASL 2 di Lucca

4.2.1 La performance della zona-distretto Valle del Serchio

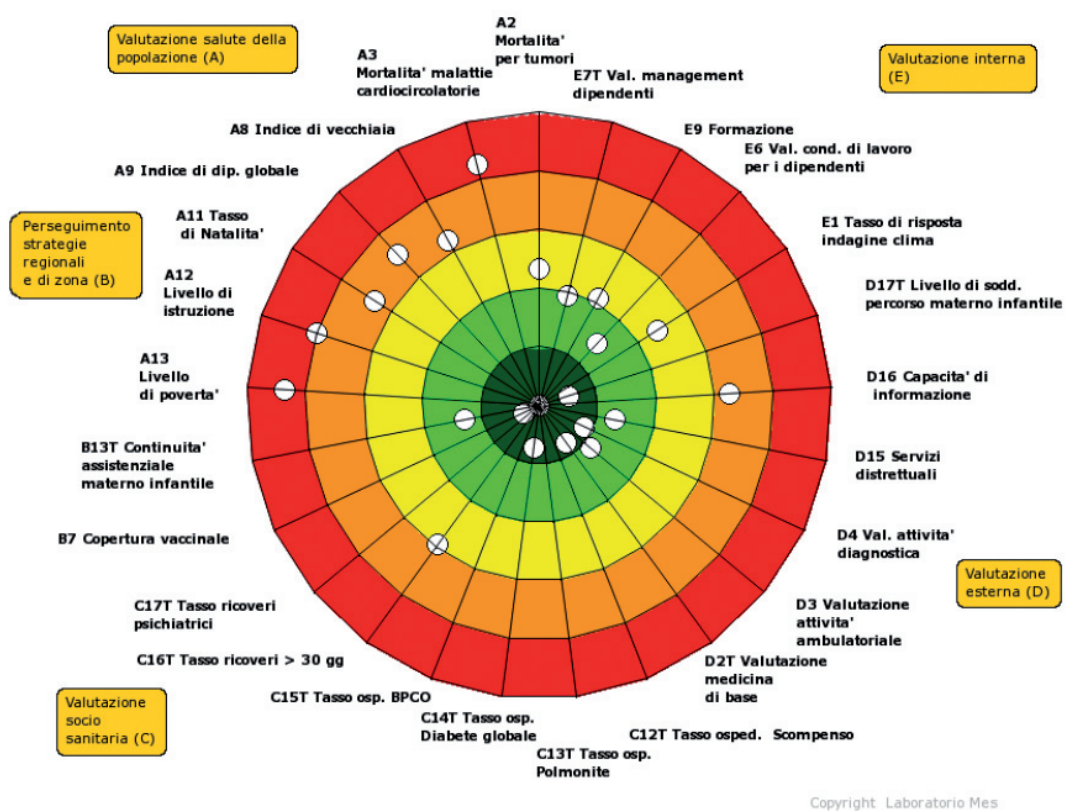


Fig. 11: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Valle del Serchio

4.2.2 La performance della zona-distretto Piana di Lucca

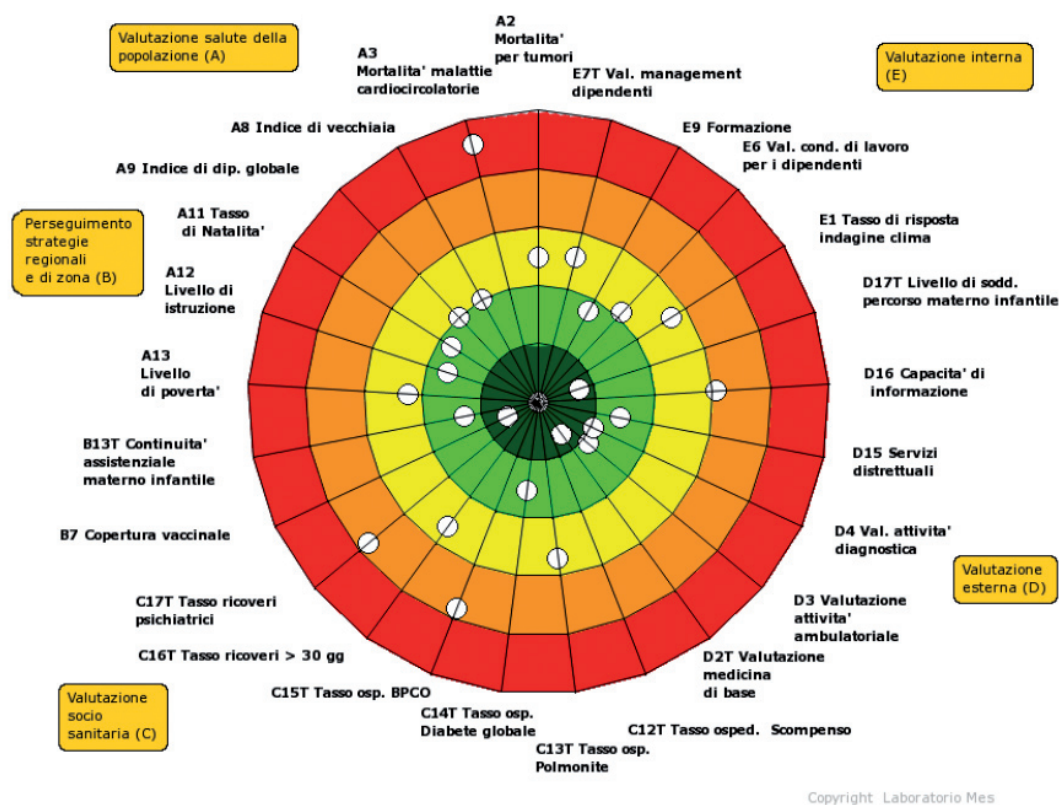


Fig. 12: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Piana di Lucca

4.3 ASL 3 di Pistoia

4.3.1 La performance della zona-distretto Pistoiese

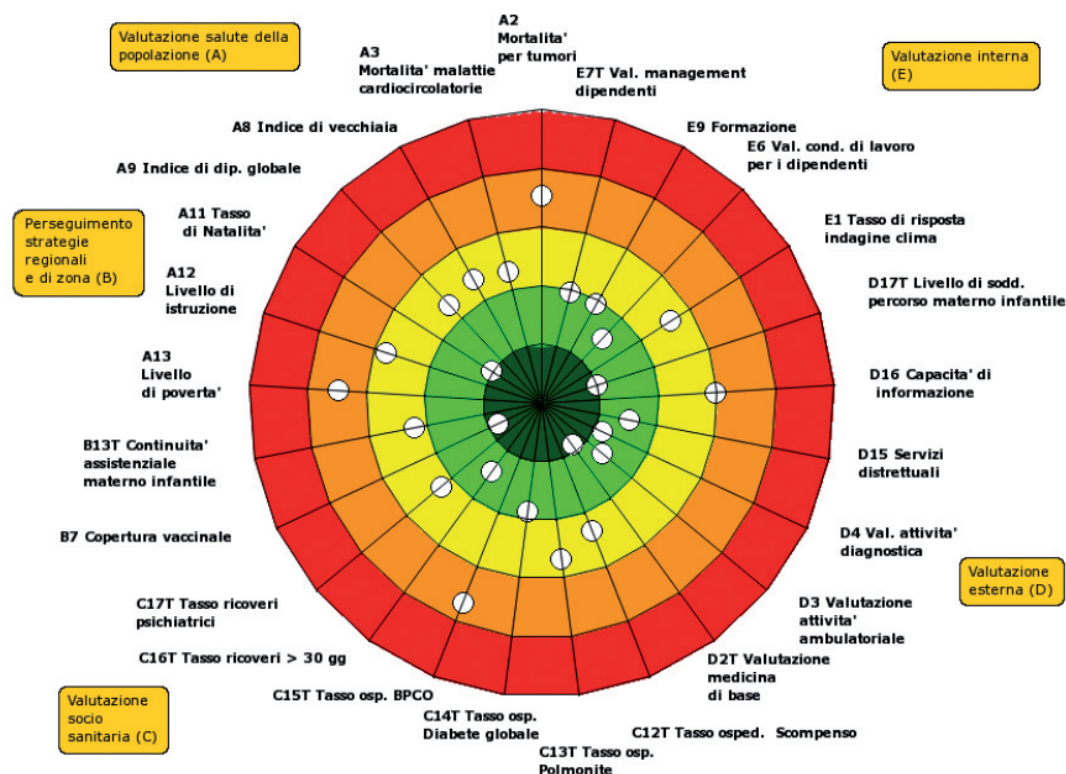


Fig. 13: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Pistoiese

4.3.2 La performance della zona-distretto Val di Nievole

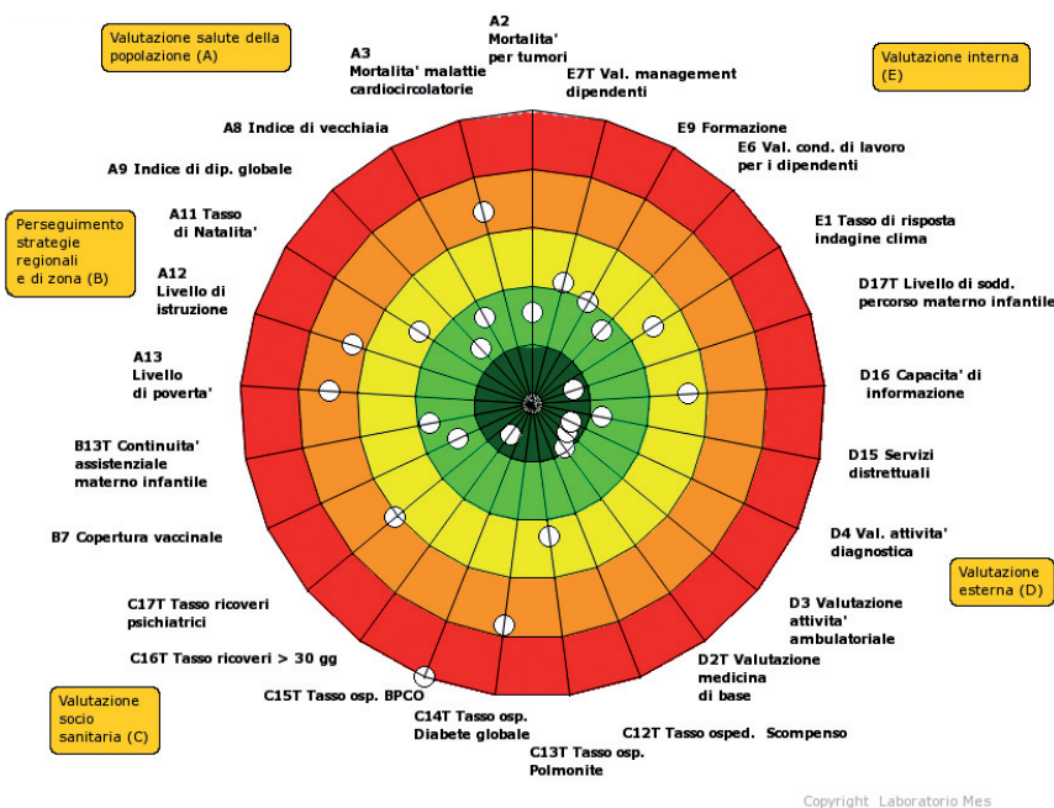


Fig. 14: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Val di Nievole

4.4 ASL 4 di Prato

4.4.1 La performance della zona-distretto Pratese

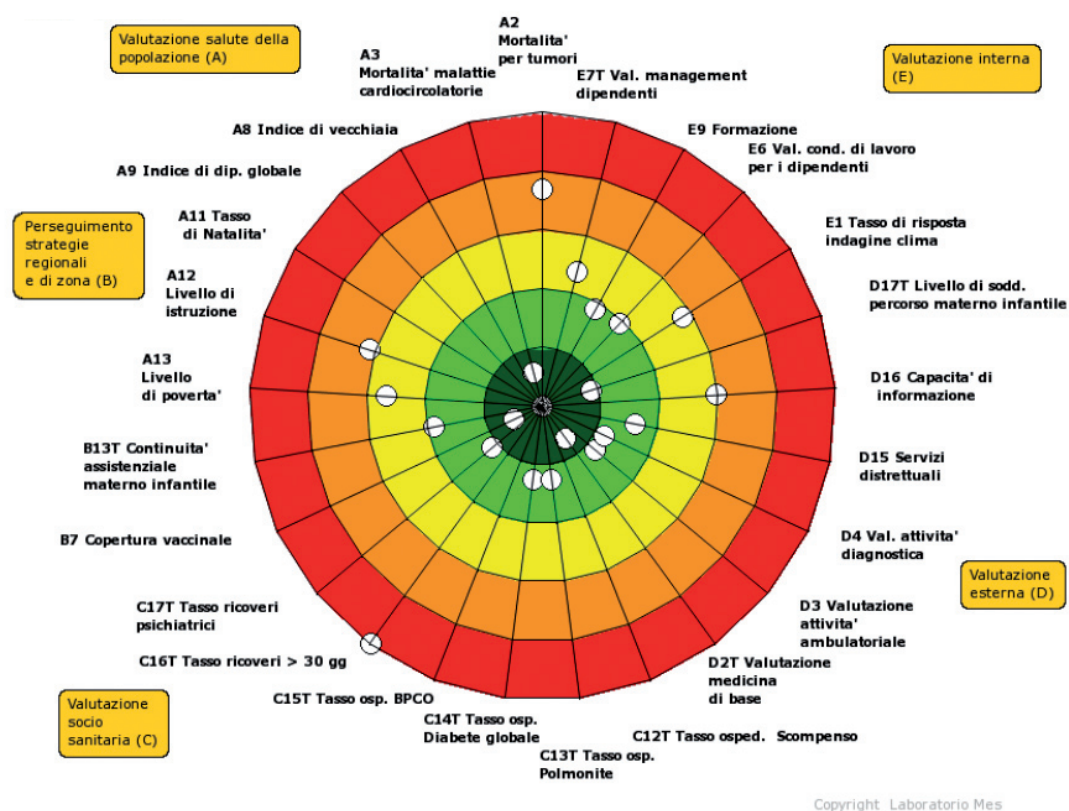


Fig. 15: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Pratese

4.5 ASL 5 di Pisa

4.5.1 La performance della zona-distretto Alta Val di Cecina

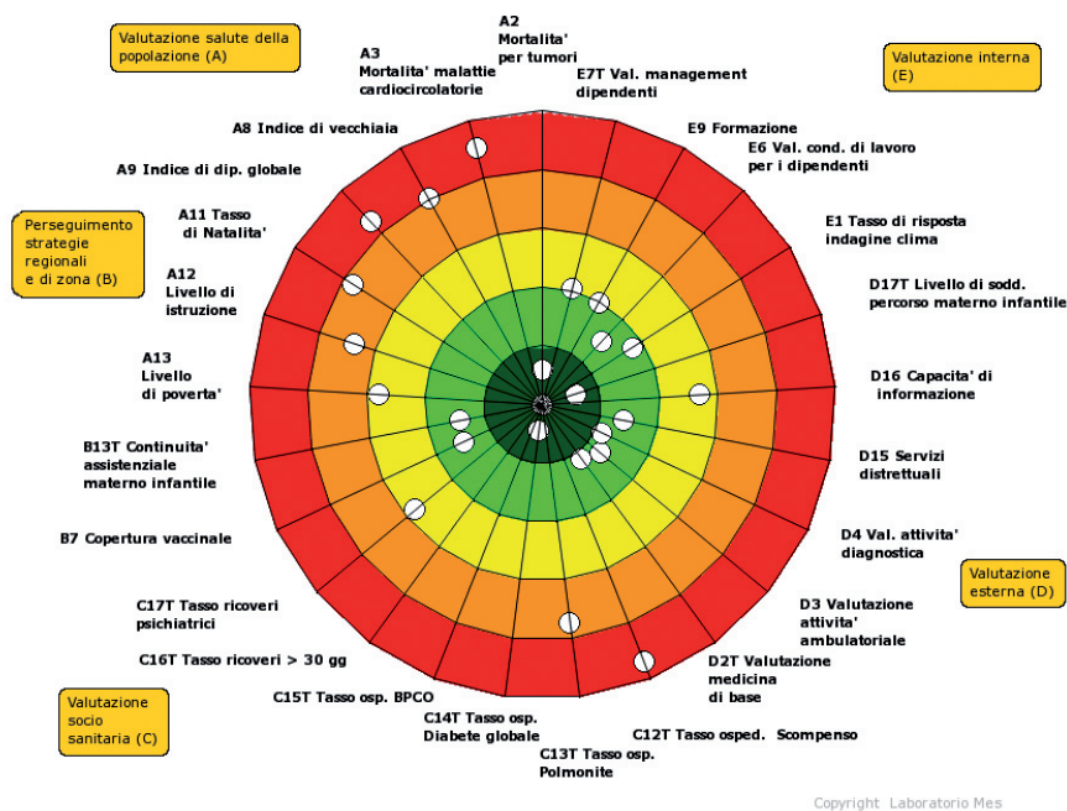


Fig. 16: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Alta Val di Cecina

4.5.2 La performance della zona-distretto Val d'Era

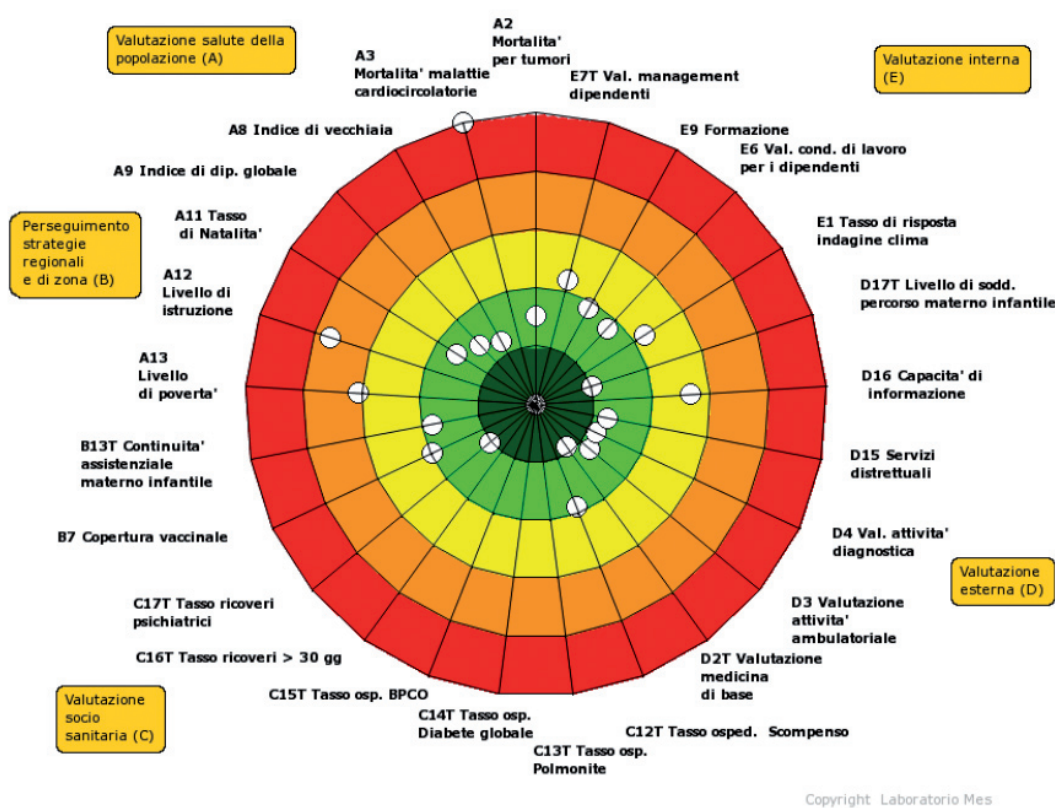


Fig. 17: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Val d'Era

4.5.3 La performance della zona-distretto Pisana

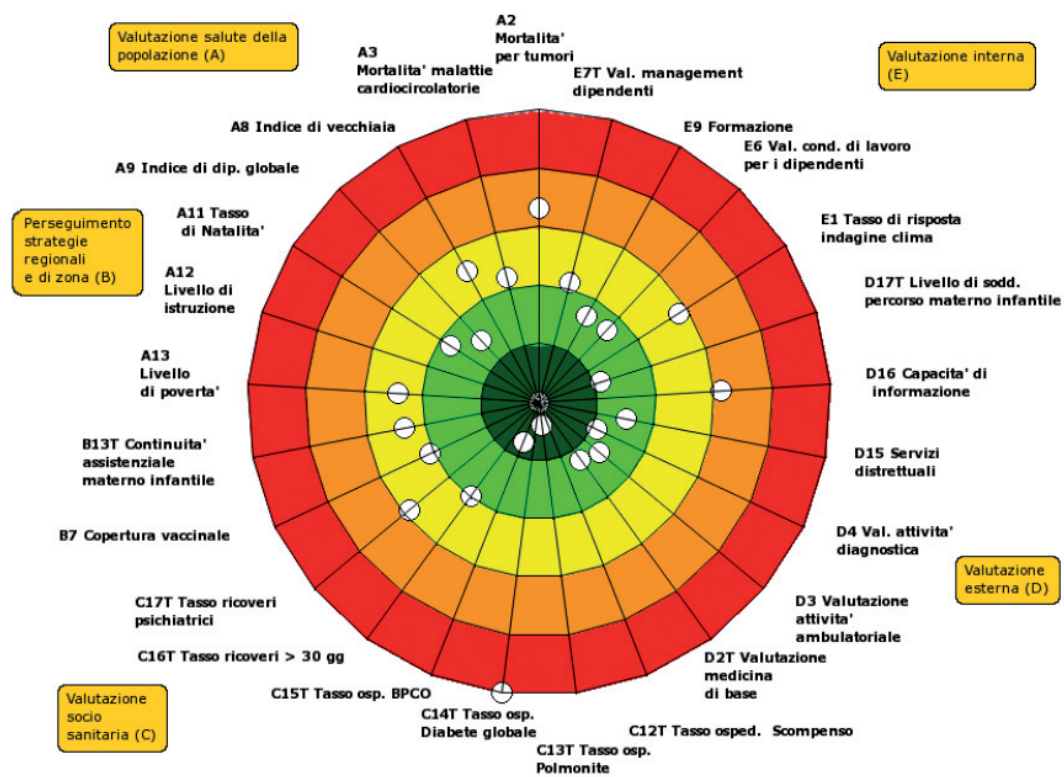


Fig. 18: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Pisana

4.6 ASL 6 di Livorno

4.6.1 La performance della zona-distretto Bassa Val di Cecina

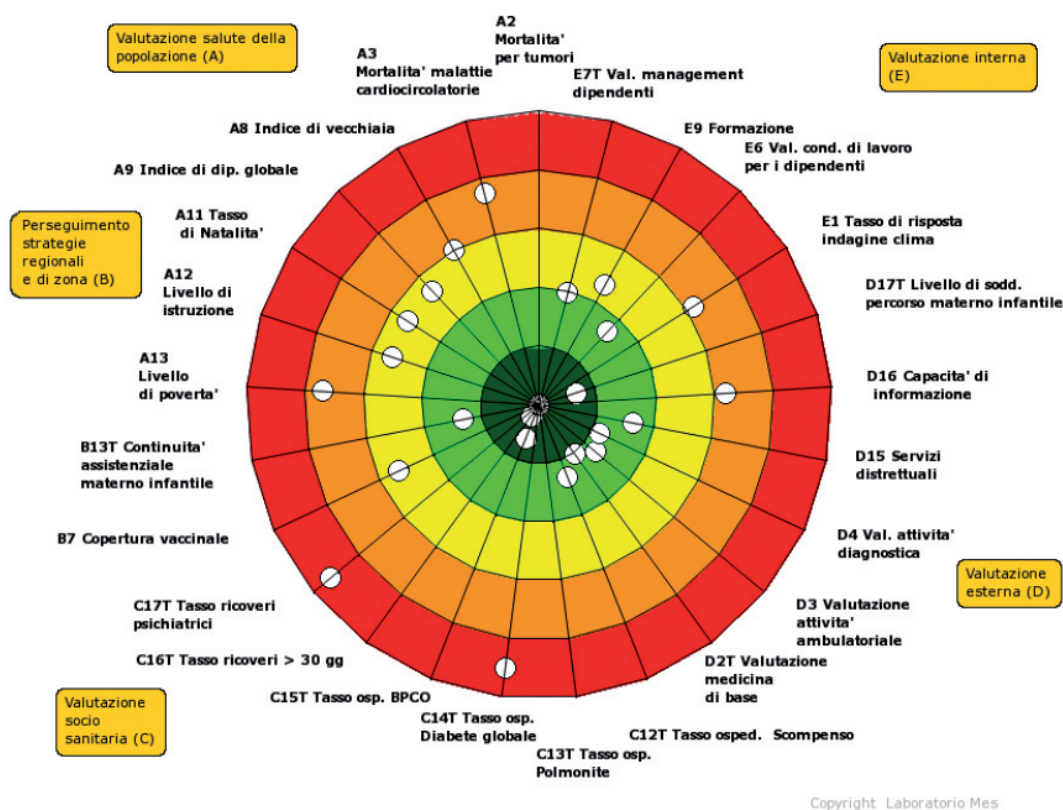


Fig. 19: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Bassa Val di Cecina

4.6.2 La performance della zona-distretto Livornese

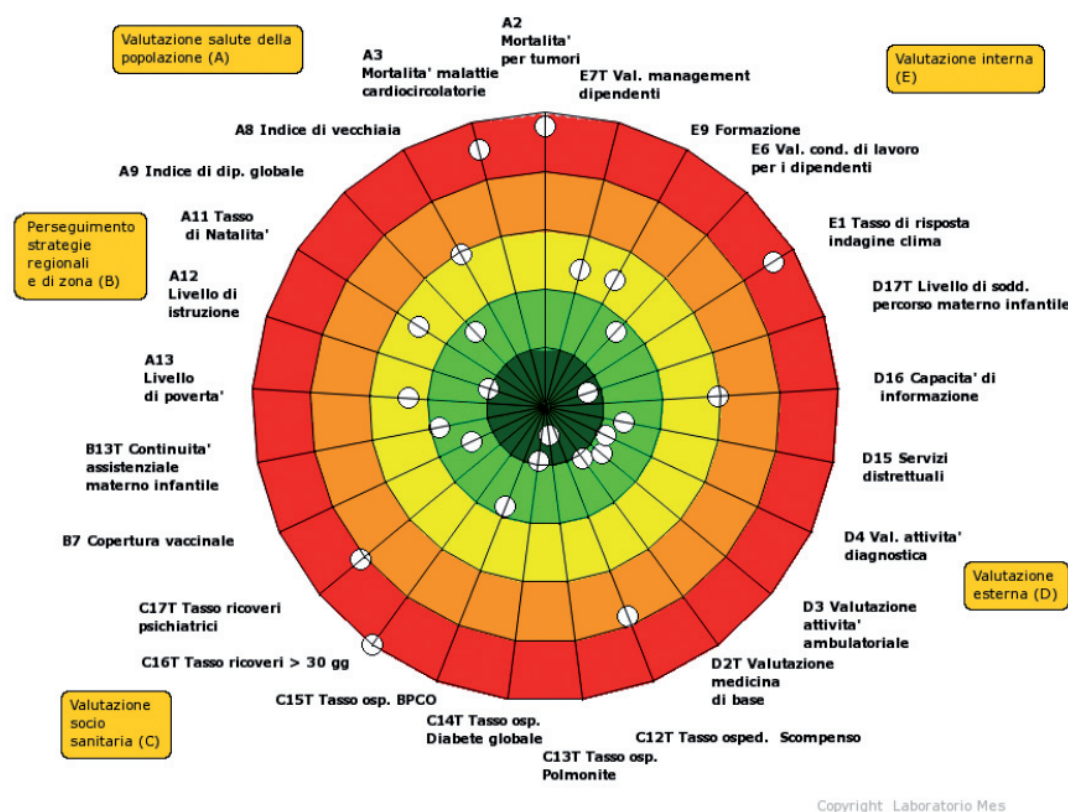


Fig. 20: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Livornese

4.6.3 La performance della zona-distretto Val di Cornia

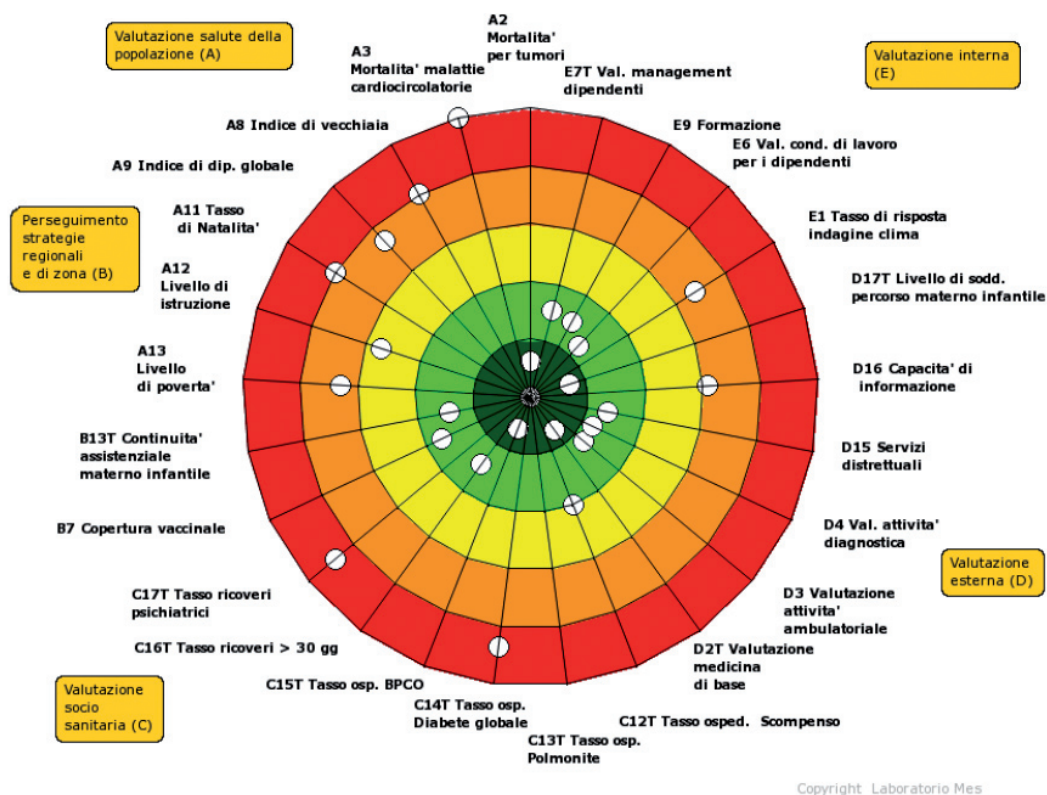


Fig. 21: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Val di Cornia

4.6.4 La performance della zona-distretto Elba

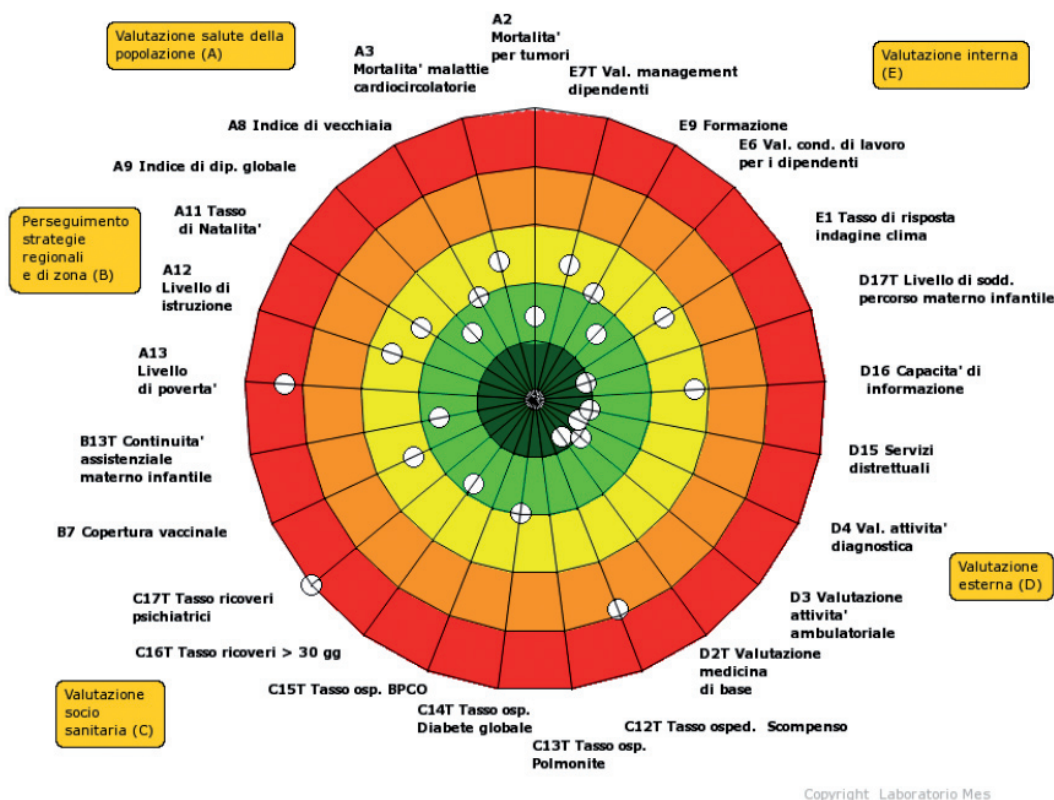


Fig. 22: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Elba

4.7 ASL 7 di Siena

4.7.1 La performance della zona-distretto Alta Val d'Elsa

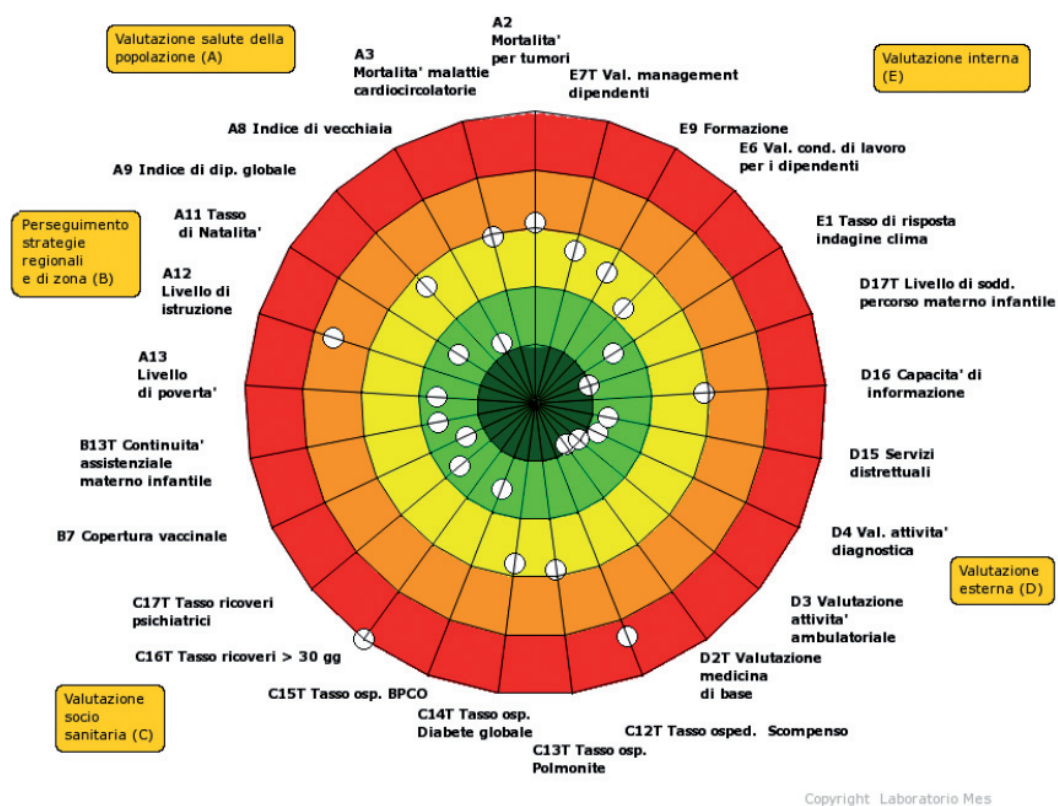


Fig. 23: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Alta Val d'Elsa

4.7.2 La performance della zona-distretto Val di Chiana Senese

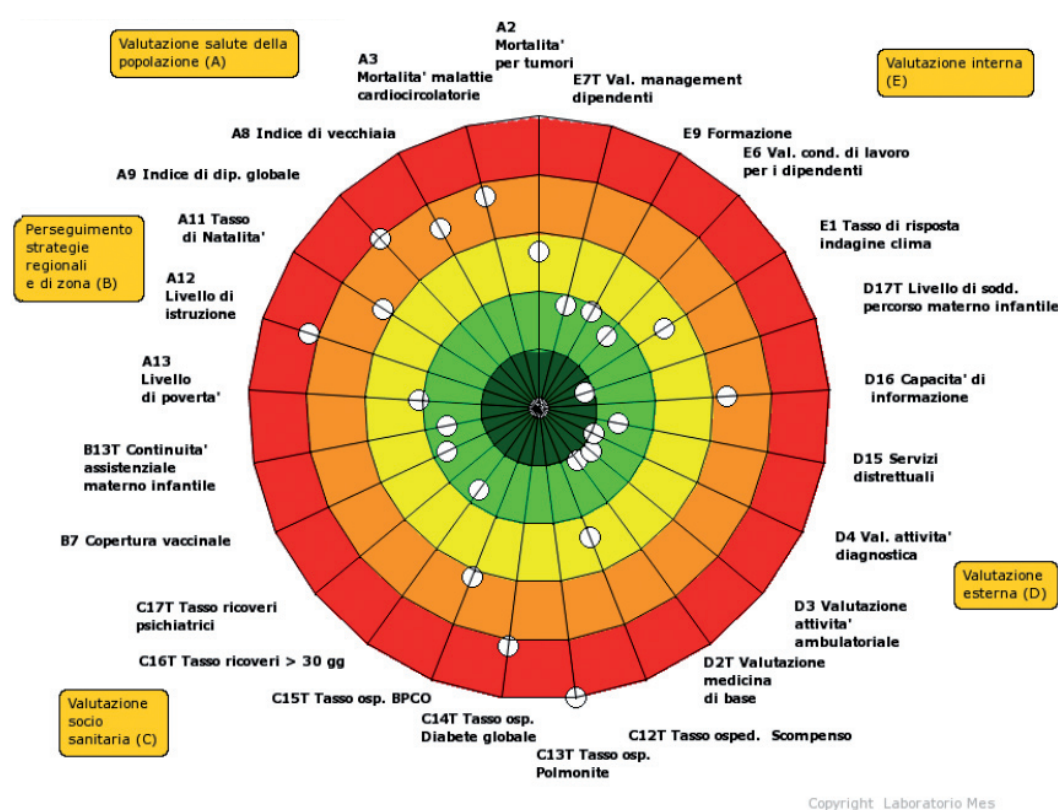


Fig. 24: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Val di Chiana Senese

4.7.3 La performance della zona-distretto Amiata Senese

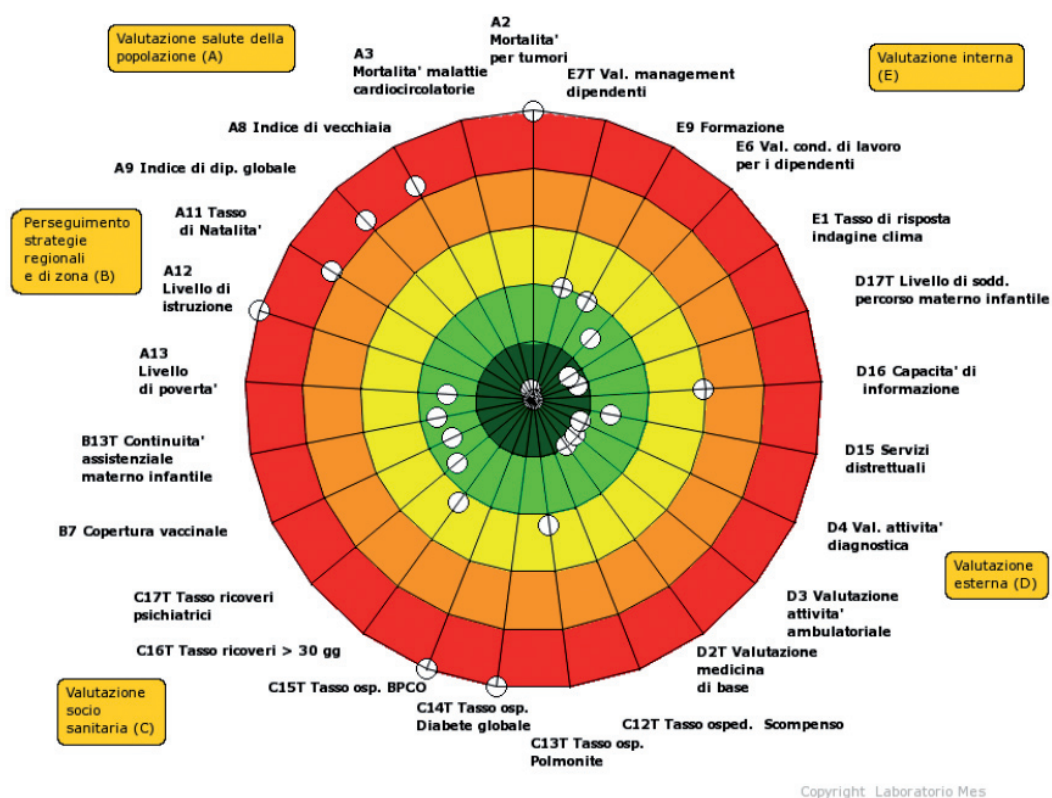


Fig. 25: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Amiata Senese

4.7.4 La performance della zona-distretto Senese

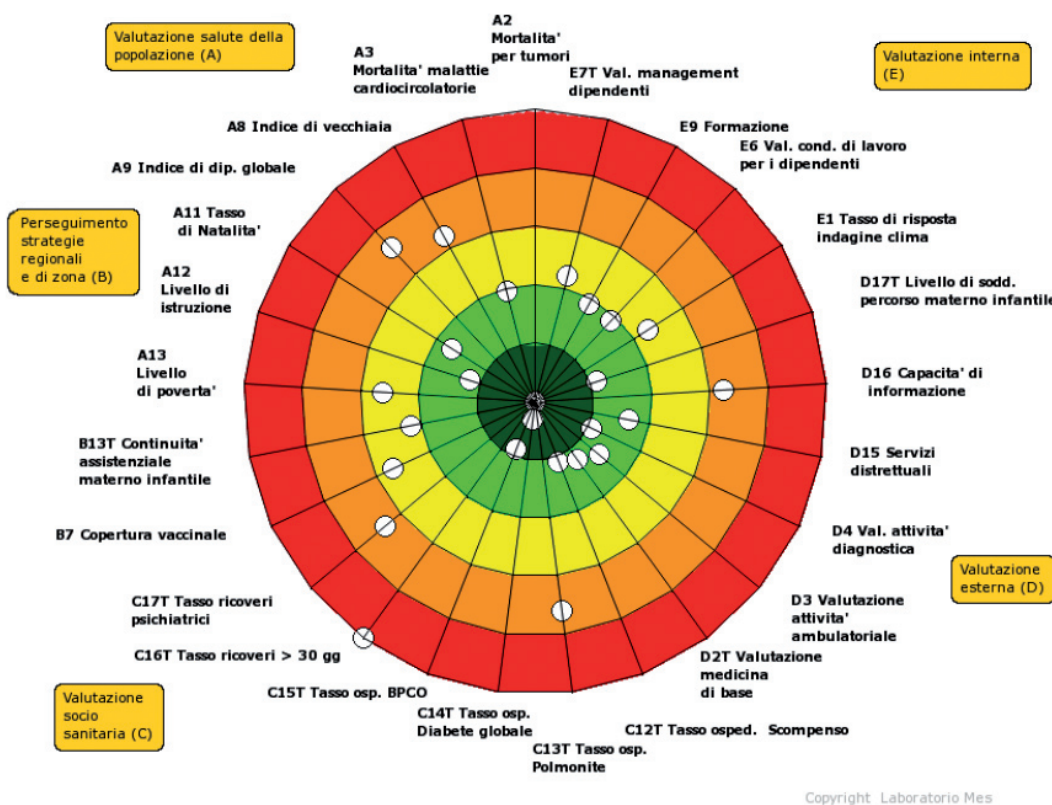


Fig. 26: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Senese

4.8 ASL 8 di Arezzo

4.8.1 La performance della zona-distretto Casentino

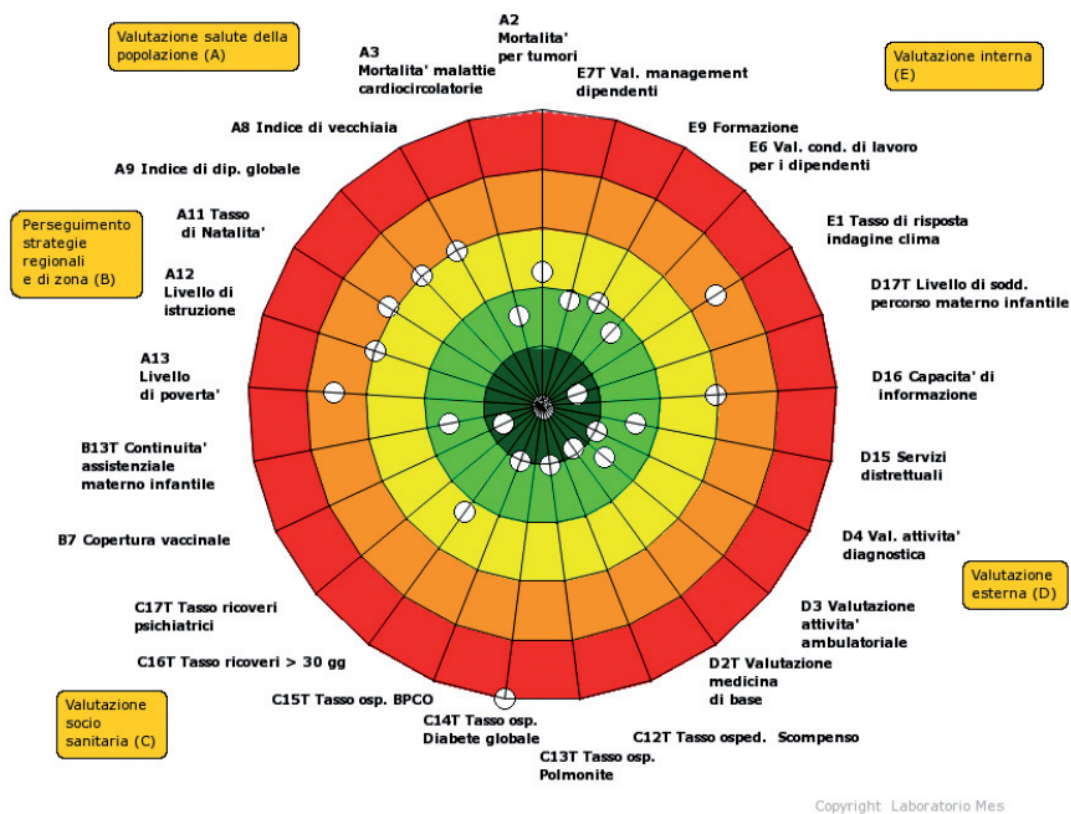


Fig. 27: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Casentino

4.8.2 La performance della zona-distretto Val Tiberina

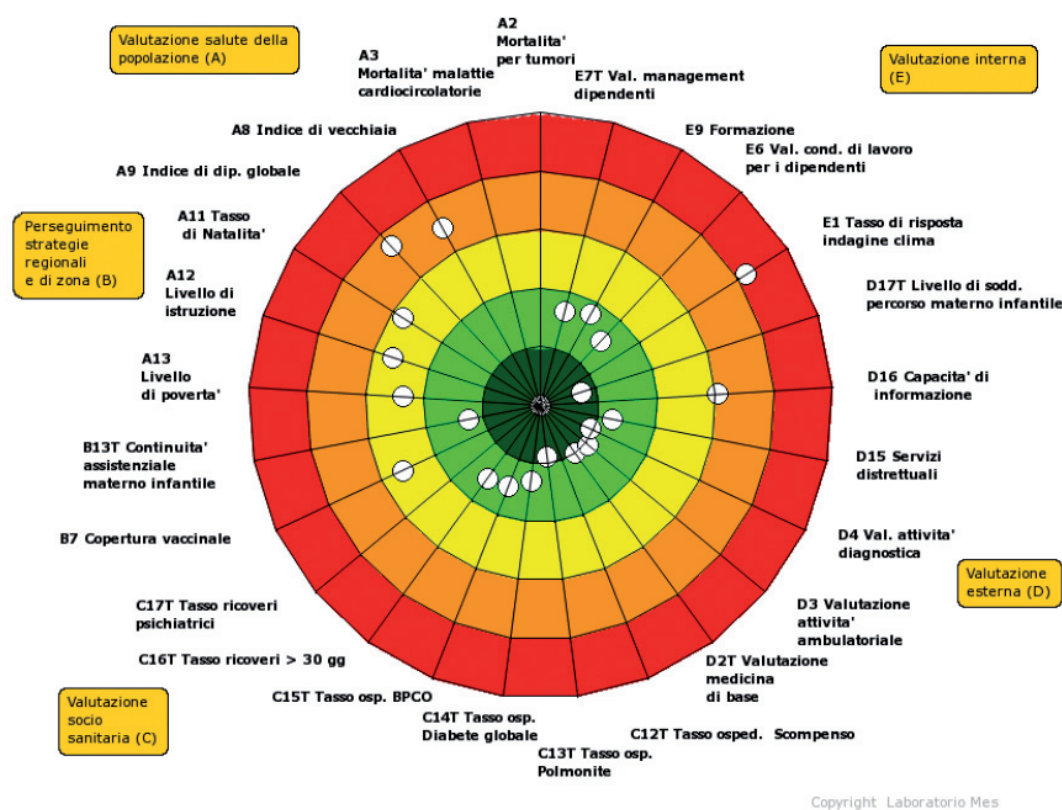


Fig. 28: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Val Tiberina

4.8.3 La performance della zona-distretto Val di Chiana Aretina

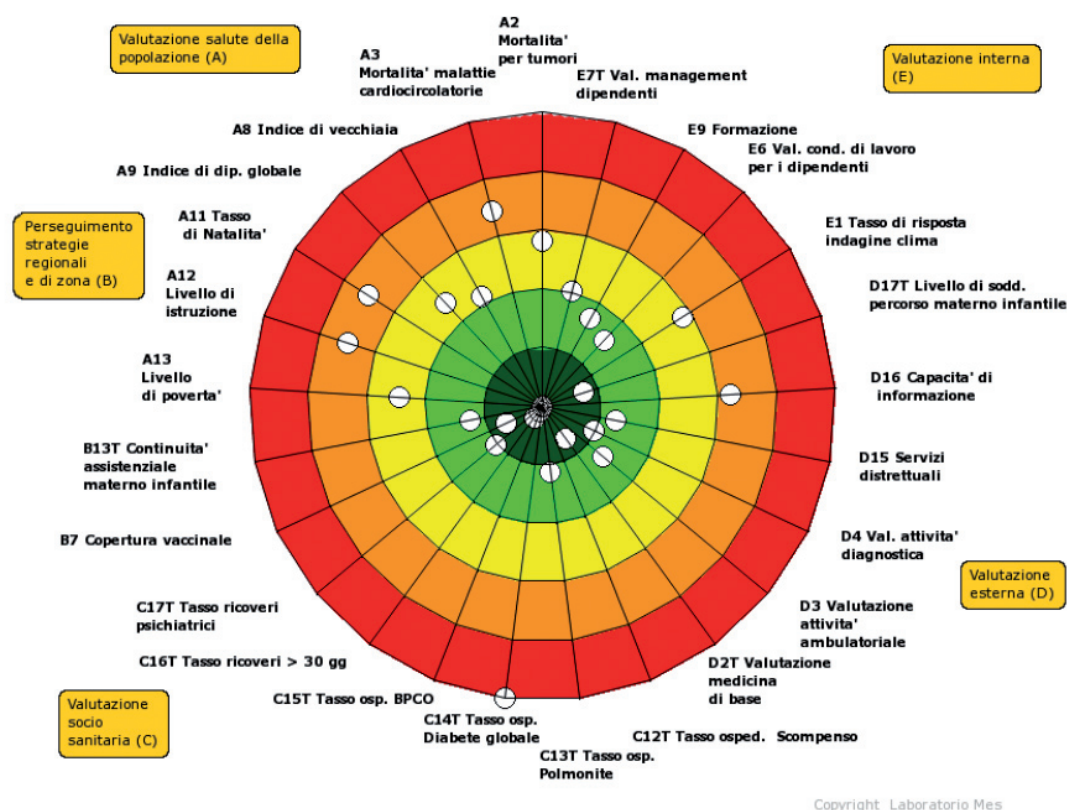


Fig. 29: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Val di Chiana Aretina

4.8.4 La performance della zona-distretto Aretina

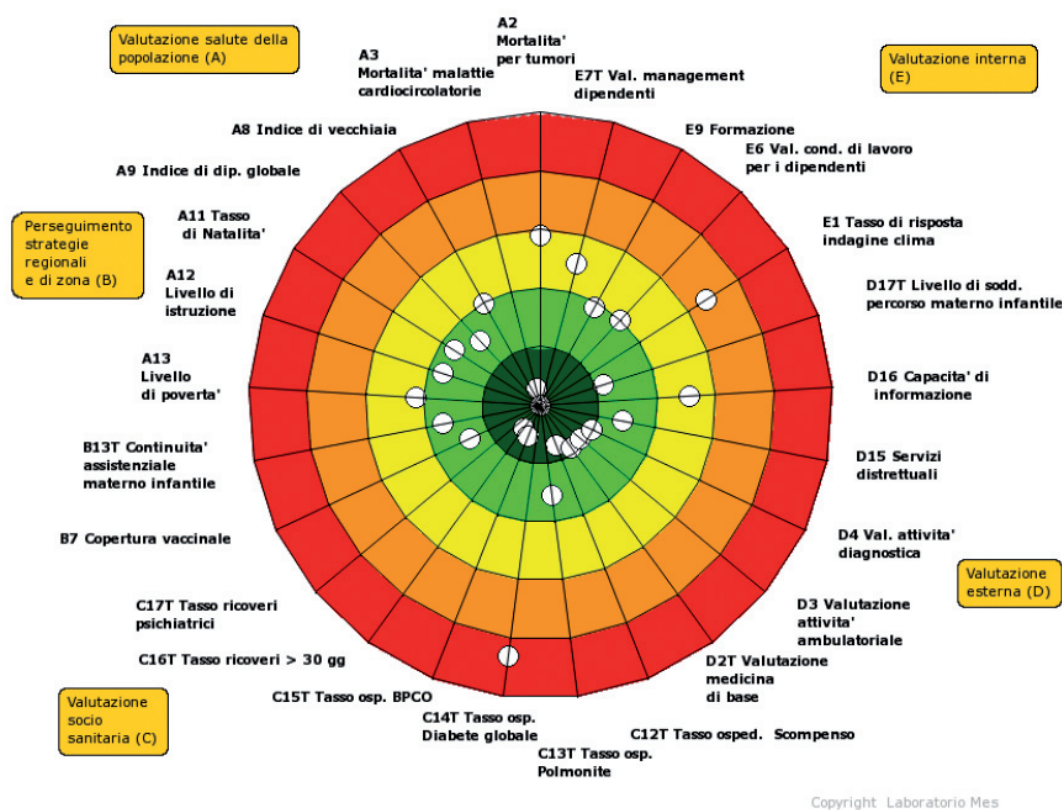


Fig. 30: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Aretina

4.8.5 La performance della zona-distretto Valdarno

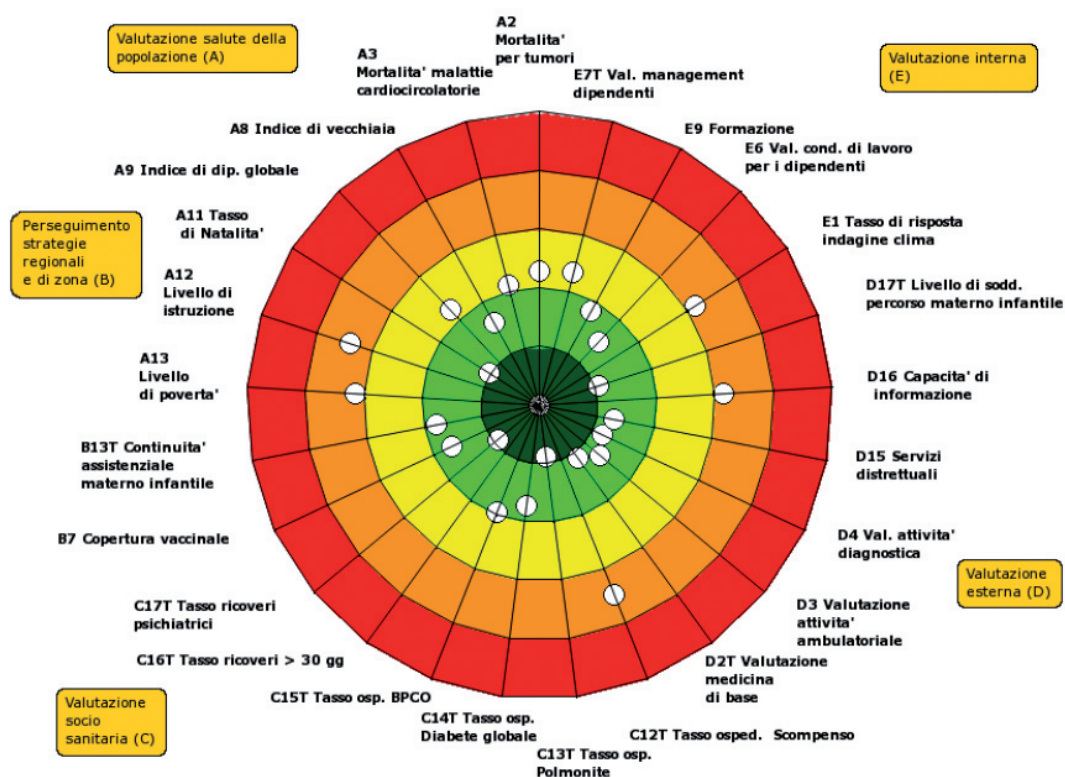


Fig. 31: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Valdarno

4.9 ASL 9 di Grosseto

4.9.1 La performance della zona-distretto Colline Metallifere

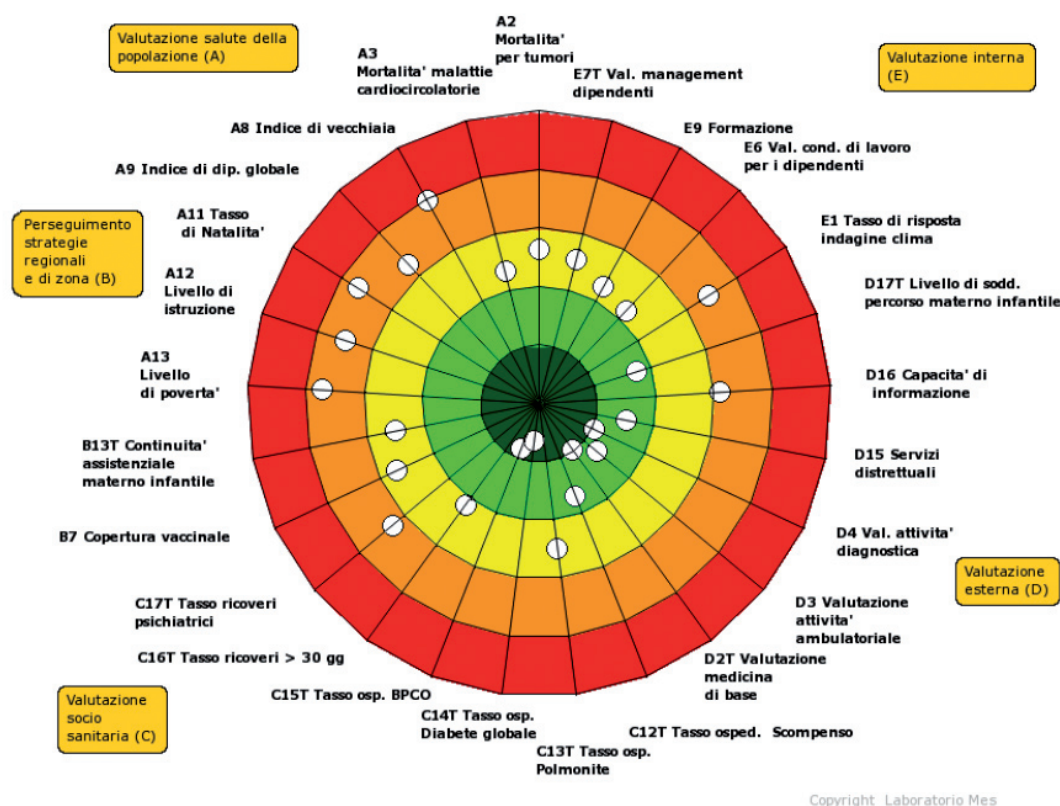


Fig. 32: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Colline Metallifere

4.9.2 La performance della zona-distretto Colline dell'Albegna

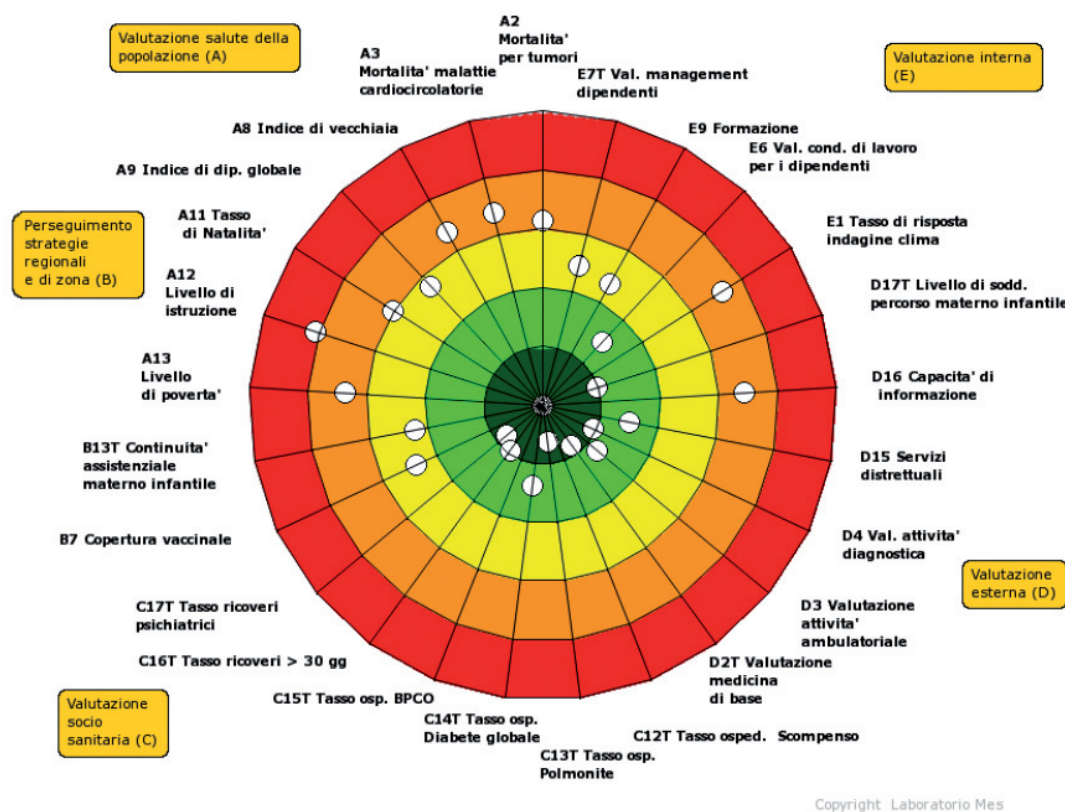


Fig. 33: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Colline dell'Albegna

4.9.3 La performance della zona-distretto Amiata Grossetana

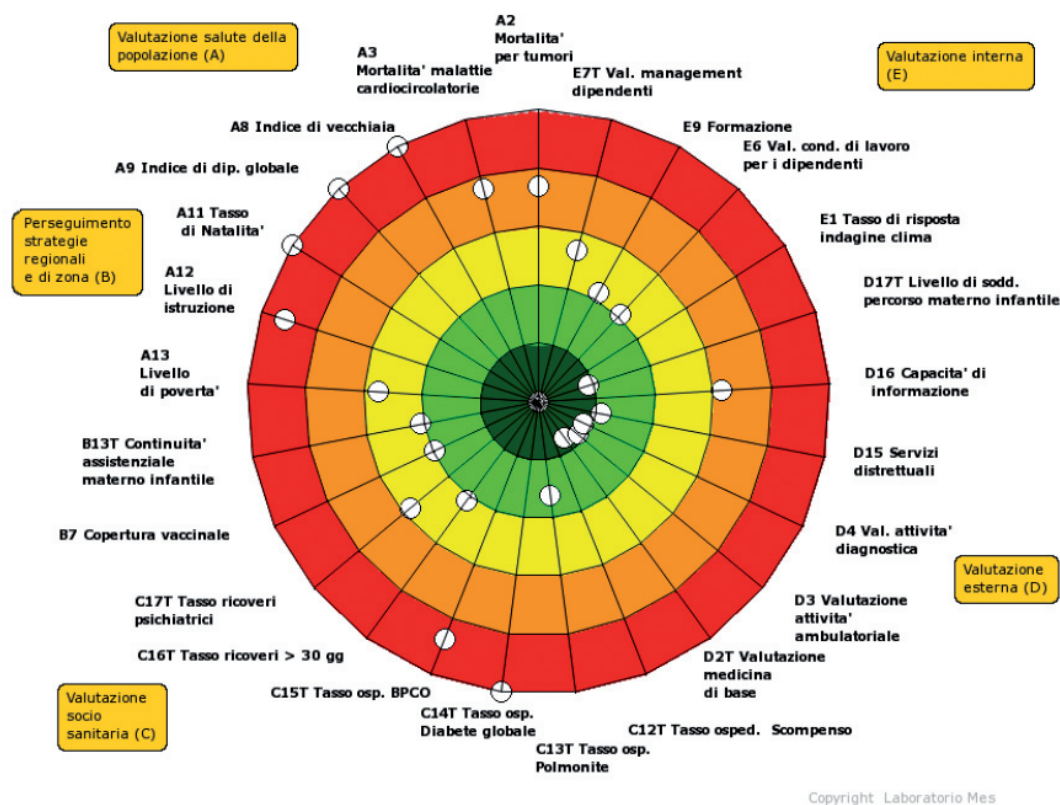


Fig. 34: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Amiata Grossetana

4.9.4 La performance della zona-distretto Grossetana

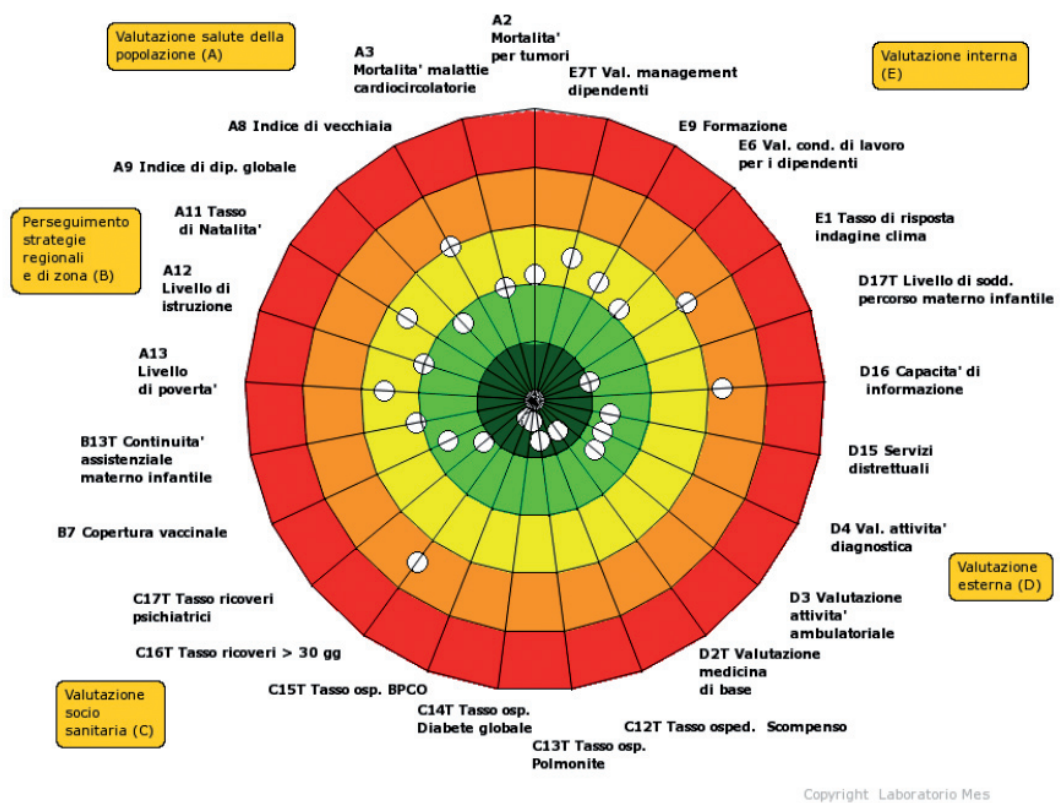


Fig. 35: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Grossetana

4.10 ASL 10 di Firenze

4.10.1 La performance della zona-distretto Firenze

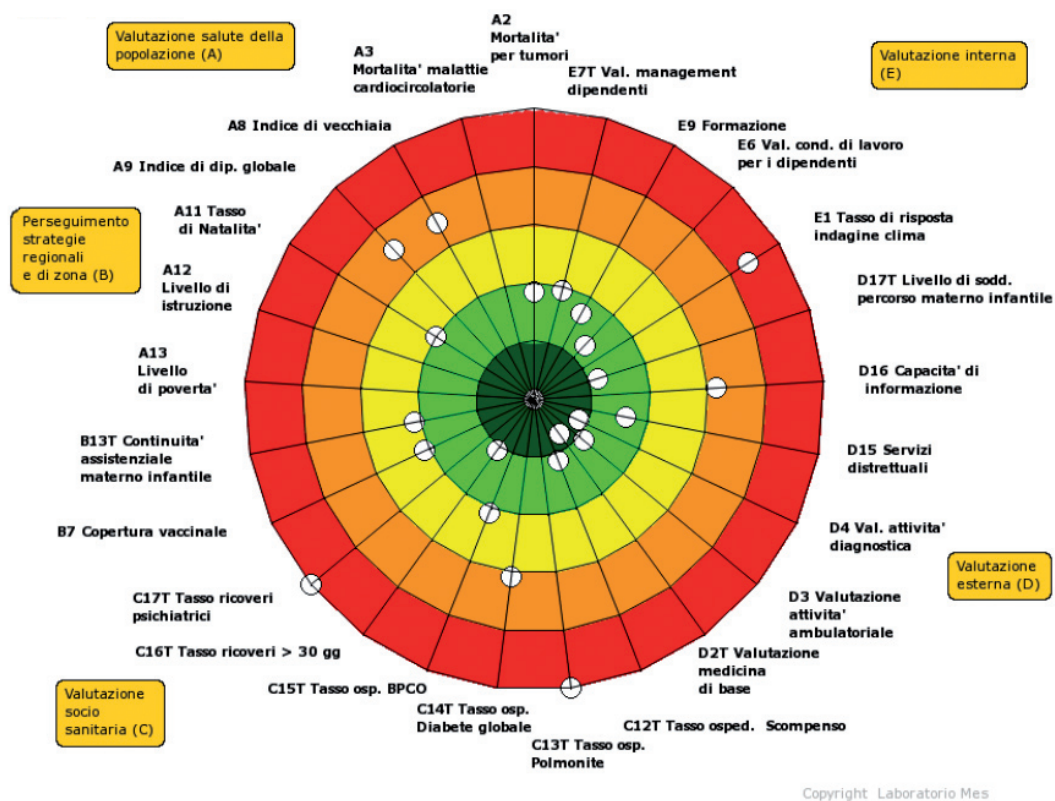


Fig. 36: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Firenze

4.10.2 La performance della zona-distretto Fiorentina Nord-Ovest

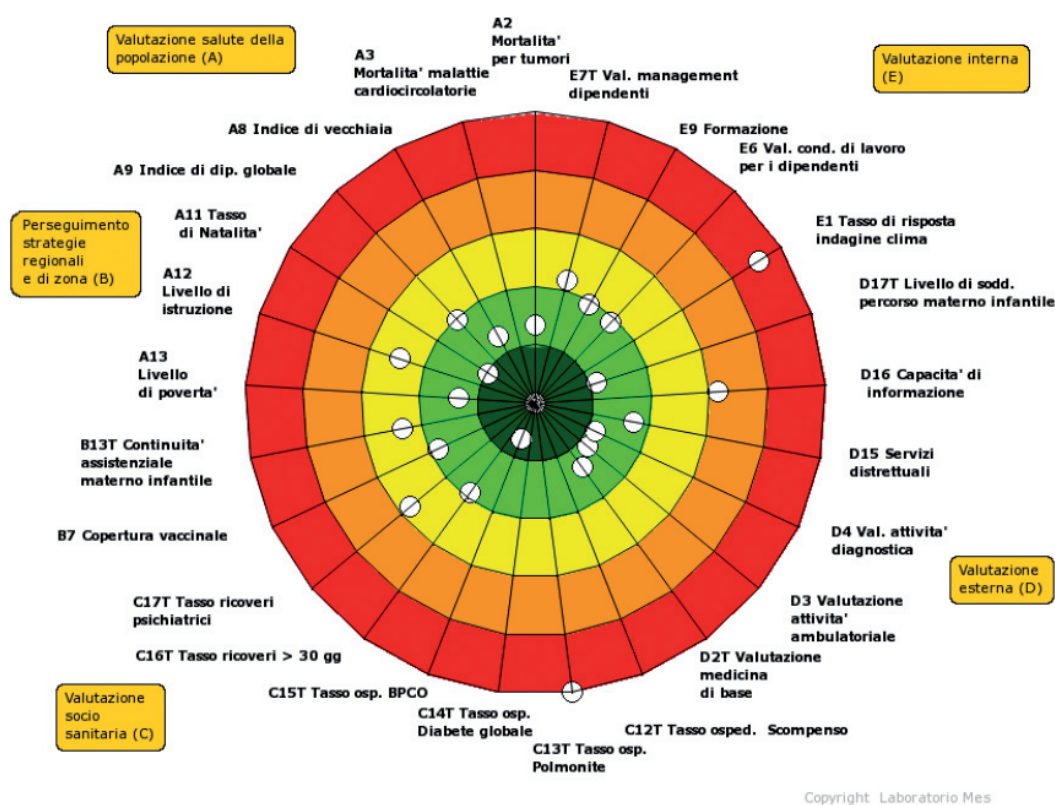


Fig. 37: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Fiorentina Nord-Ovest

4.10.3 La performance della zona-distretto Fiorentina Sud-Est

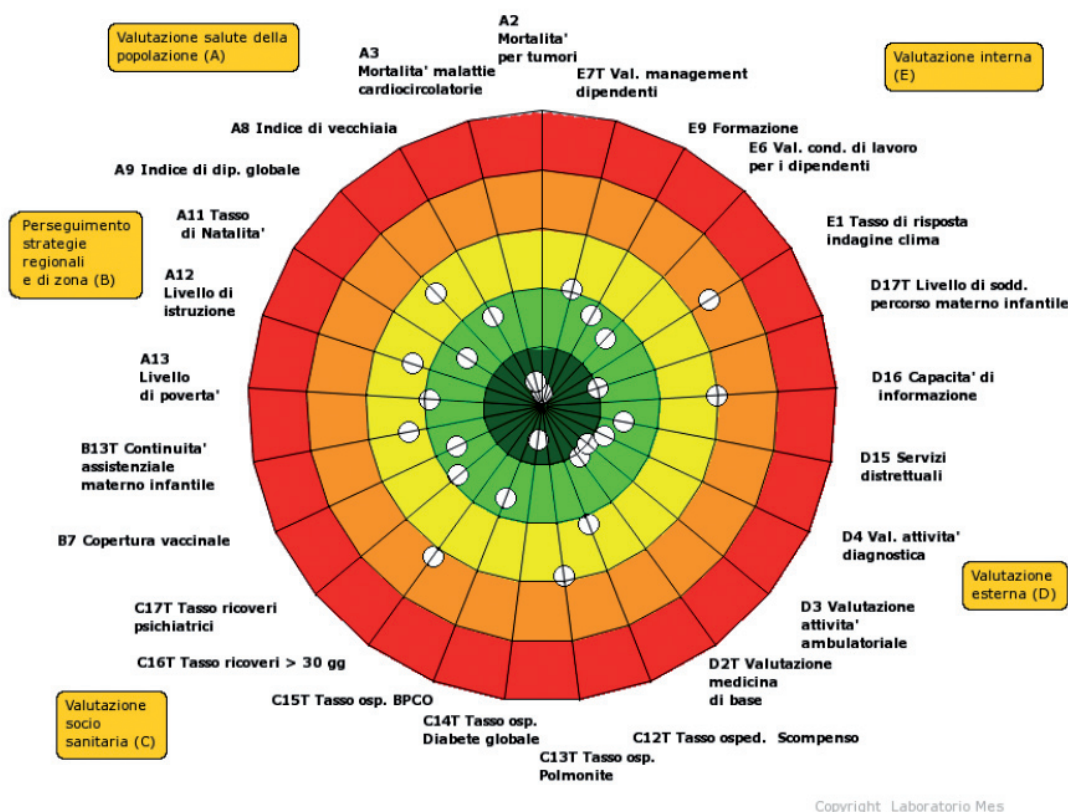


Fig. 38: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Fiorentina Sud-Est

4.10.4 La performance della zona-distretto Mugello

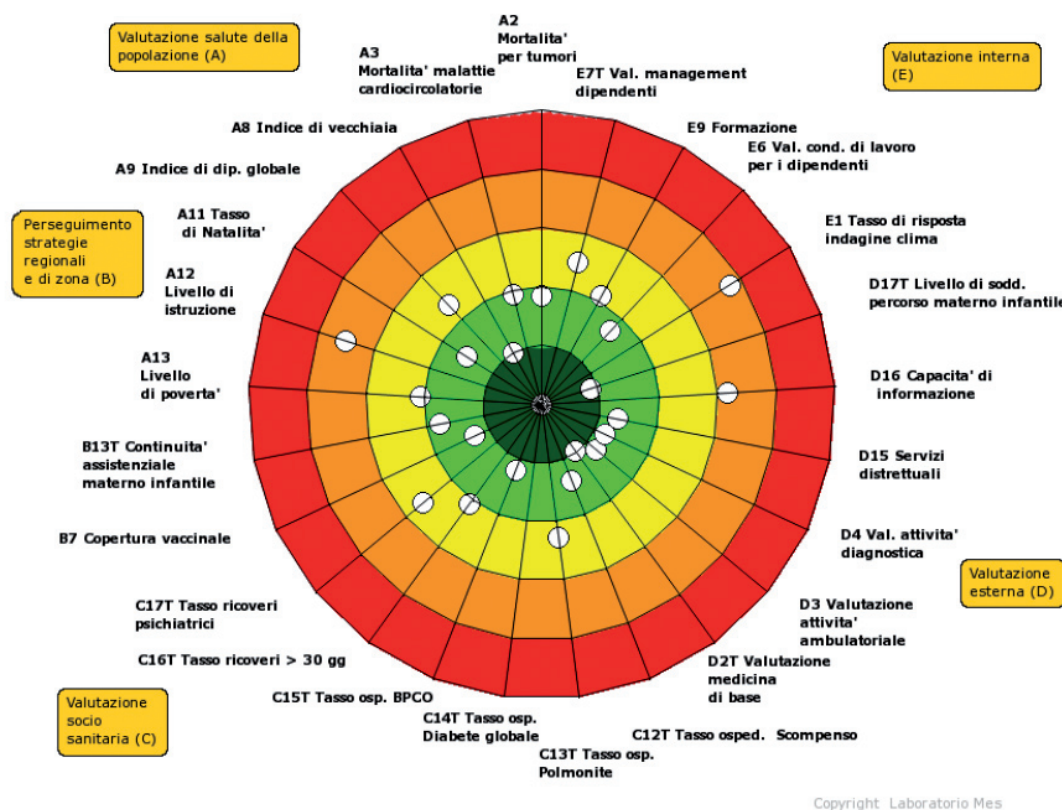


Fig. 39: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Mugello

4.11 ASL 11 di Empoli

4.11.1 La performance della zona-distretto Empolese

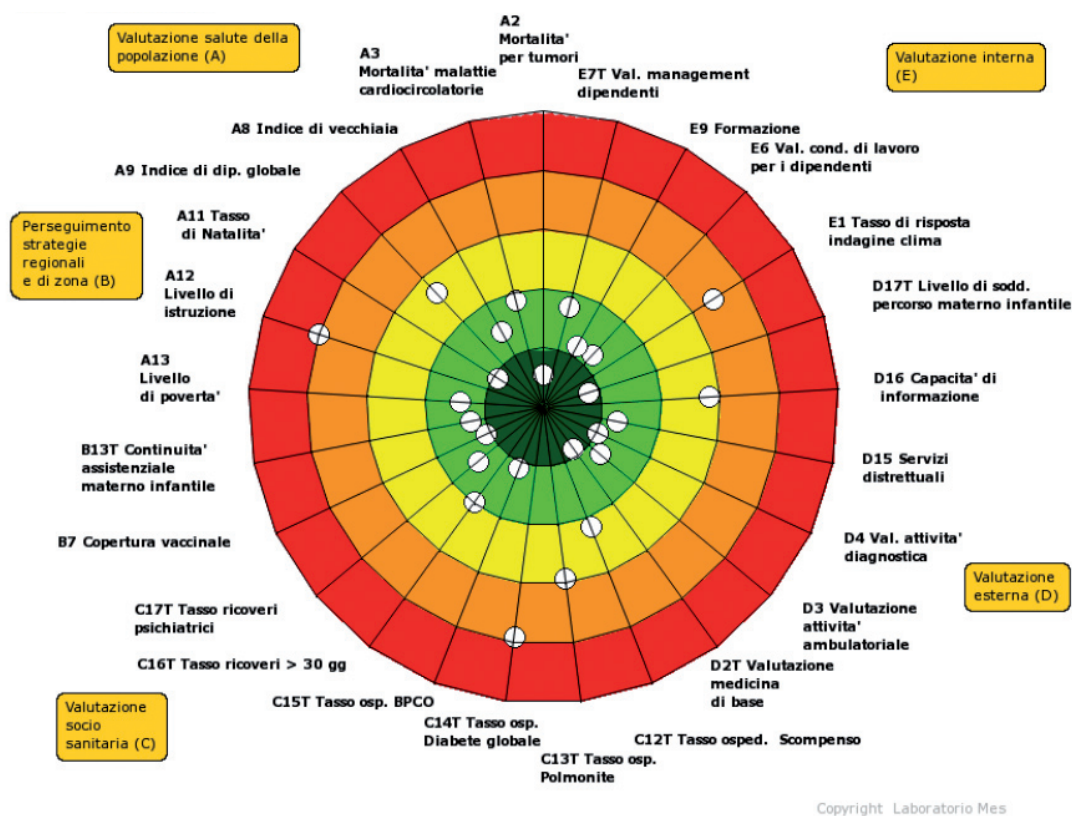


Fig. 40: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Empolese

4.11.2 La performance della zona-distretto Valdarno Inferiore

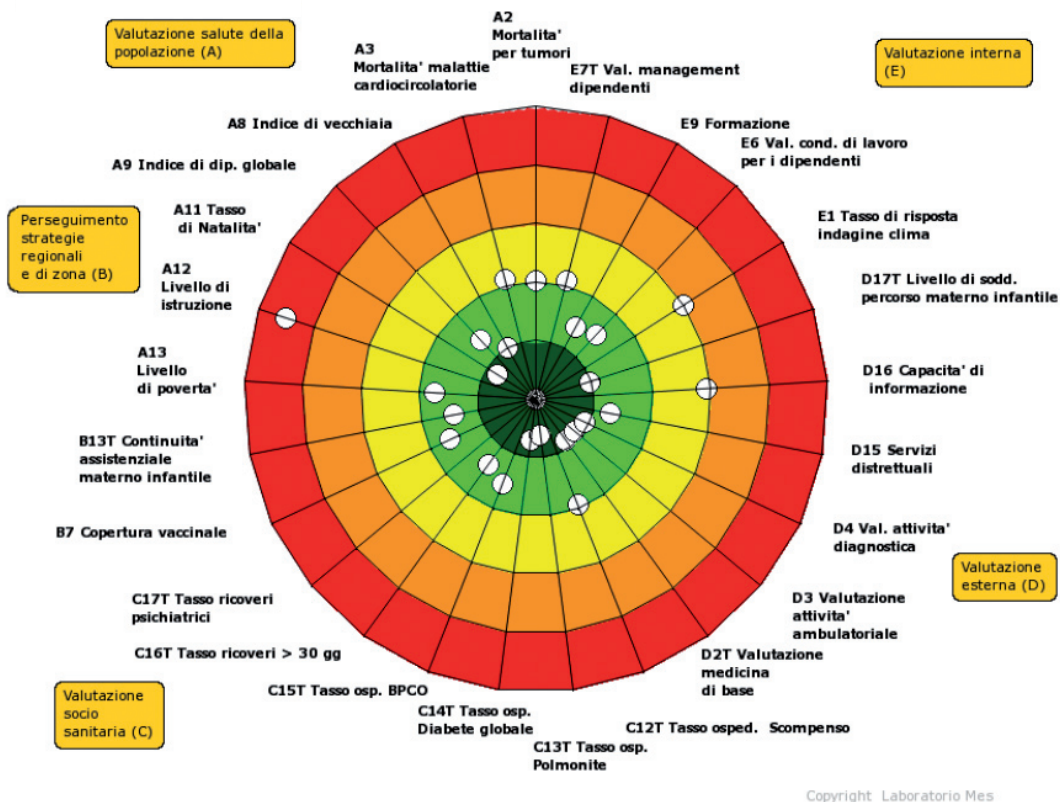


Fig. 41: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Valdarno Inferiore



4.12 ASL 12 di Viareggio

4.12.1 La performance della zona-distretto Versilia

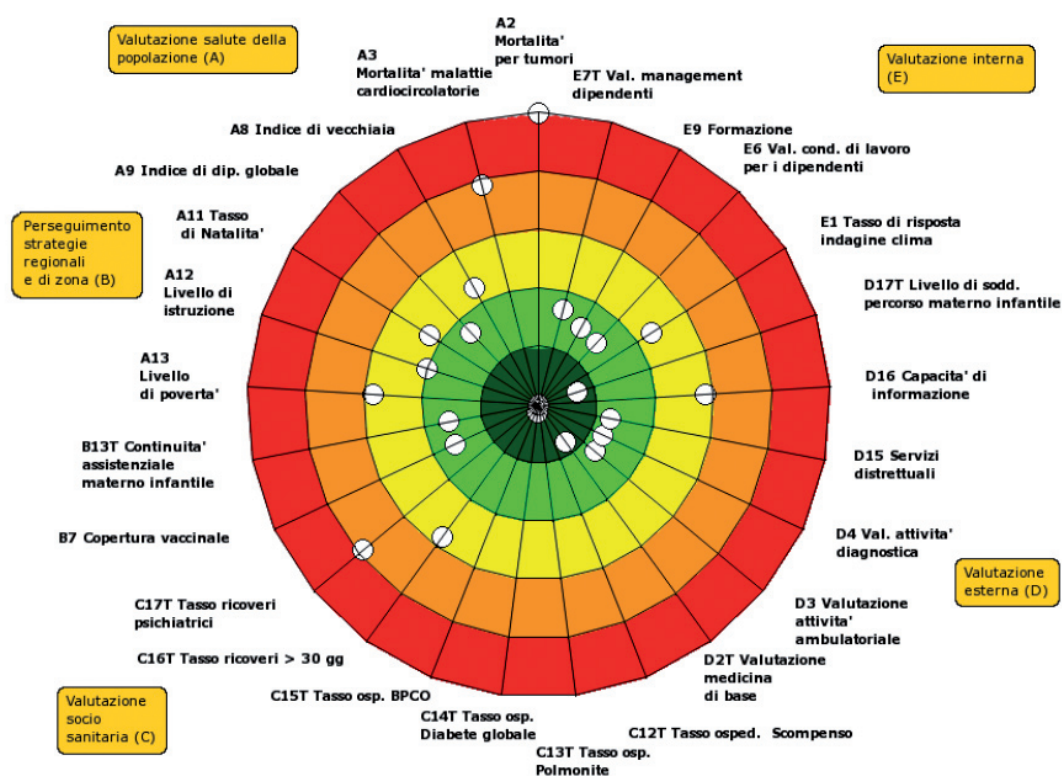


Fig. 42: Sistema di valutazione 2007 della zona-distretto Versilia

Copyright: Laboratorio Mes