

## MINISTERO DELLA SALUTE

### VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA SANITÀ ITALIANA

#### GUIDA ALLA LETTURA ED INTERPRETAZIONE DEL PRIMO GRUPPO DI INDICATORI

*a cura del Laboratorio Management e Sanità*

*della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa*

*Responsabile scientifico Prof.ssa Sabina Nuti*

#### 1.1. PREMESSA METODOLOGICA

Per supportare i processi di programmazione e valutazione dei risultati conseguiti dai sistemi sanitari regionali e dai soggetti che lo compongono è necessario introdurre nella gestione, a livello regionale e aziendale, indicatori e strumenti capaci di misurare le dimensioni di maggiore rilevanza per l'erogazione dei servizi socio sanitari. Superare l'autoreferenzialità mediante il confronto sistematico dei risultati tra operatori, al fine di individuare e valorizzare le best practice e di attivare processi di apprendimento e miglioramento della qualità dei servizi, garantire la trasparenza ai cittadini sui risultati conseguiti e operare perché i livelli essenziali di assistenza siano garantiti con equità, sono obiettivi strategici di tutto il sistema sanitario nazionale. In questa ottica il Ministero della Salute ha affidato nell'ambito del progetto SiVeAs, coordinato dal dottor Filippo Palumbo, Capo Dipartimento della qualità del Ministero della Salute, al Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa l'elaborazione, in via sperimentale, l'analisi di un primo gruppo di indicatori per misurare l'appropriatezza, l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari erogati, elaborati a livello regionale e di singolo soggetto erogatore.

Il presente documento vuole essere una sintetica guida alla lettura ed all'interpretazione degli indicatori selezionati elaborati sui dati ministeriali e sul database relativo al flusso SDO 2007 e 2008.

Si tratta di un primo set di misure che confluirà nel sistema di valutazione della performance nazionale coordinato da Agenas.

Il Laboratorio Management e Sanità già nel 2008 ha presentato al Ministero della Salute nell'ambito del progetto SiVeAs un primo rapporto relativo alla performance delle regioni del 2007, consegnato alle Regioni stesse in data 15 settembre 2009 per una prima condivisione della proposta.

Sulla base delle segnalazioni e dei suggerimenti pervenuti dalle Regioni al Ministero, il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, ha elaborato i dati relativi al 2008, introducendo nel pacchetto delle misure anche gli indicatori previsti dal Patto per la Salute.

La selezione di questi primi indicatori proposti si basa anche sull'esperienza condotta dal Laboratorio Management e Sanità in ambito di valutazione della performance in diverse regioni italiane nonché sul confronto con altre realtà internazionali quali l'Ontario in Canada, la regione Valenciana in Spagna e il sistema sanitario inglese.

A livello nazionale, appare opportuno riproporre logiche in parte 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 ed ospedaliere, non sono elementi di cui può essere responsabile il Ministero, per quanto indirettamente, ma rimangono nell'ambito della sfera di competenze specifiche di ogni Regione.

A livello centrale rimane 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 compete la verifica degli 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" che permette una visualizzazione semplice ed 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 fabbisogni di controllo propri del livello ministeriale centrale.

In particolare il sistema di valutazione da adottare a livello nazionale prevede quattro 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 figura 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, considerando le specificità dei diversi target di popolazione ed adottando approcci differenziati in base ai bisogni.

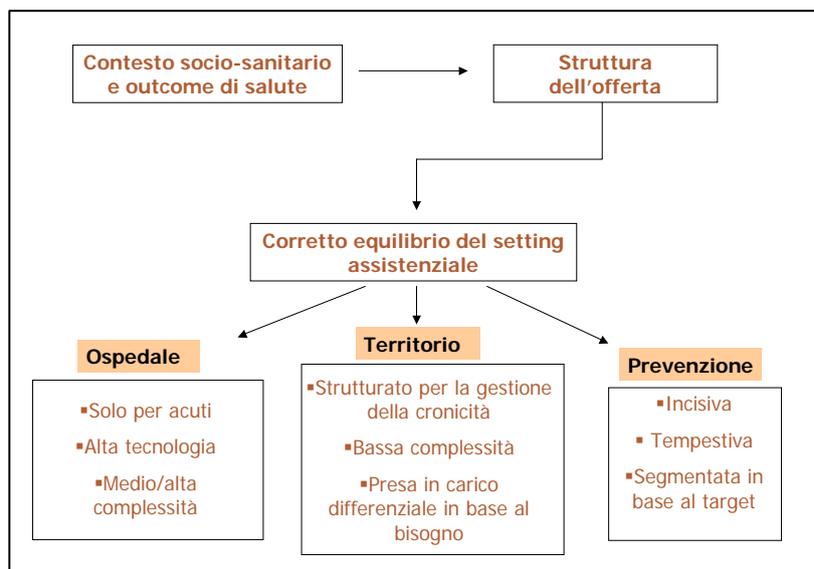


Figura 1 – Capacità di risposta di ciascun setting assistenziale

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 ed evidenziando il trend dei risultati tra 2007 e 2008. Per alcune regioni il trend a livello di Asl o Soggetto erogatore non è stato possibile calcolarlo perché nel 2008 è stata modificata la struttura territoriale delle aziende o la codifica dei soggetti, quindi compare solo il dato relativo al 2008 .

La valutazione di ciascuna regione è il risultato di un processo di *ranking* calcolato secondo la logica dei quintili, ovvero ordinando le regioni secondo i valori crescenti dell'indicatore e dividendo la distribuzione degli stessi 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 ricadono nel V. Alle fasce di valutazione adottate corrispondono i punteggi e colori di riferimento mostrati in figura 2:

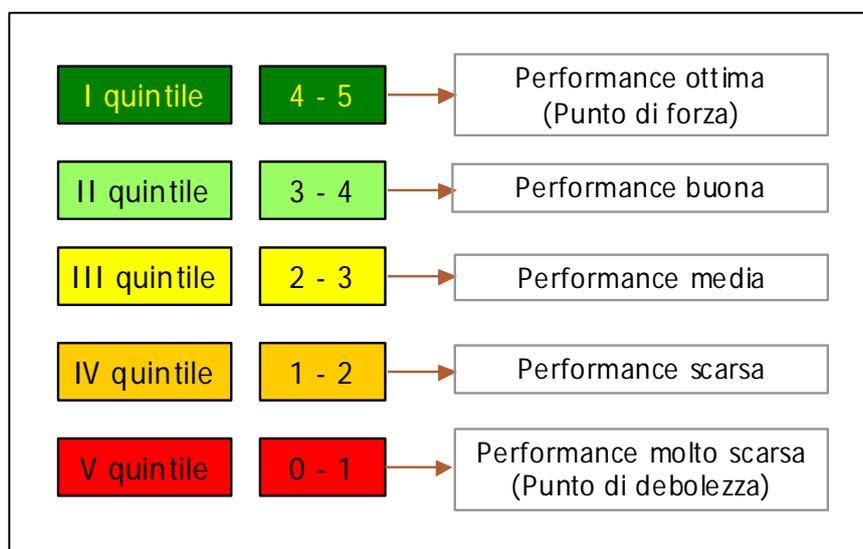


Figura 2 – Fasce di valutazione

Il presente documento riporta per ciascun indicatore, oltre al confronto della performance a livello interregionale, anche il confronto tra le proprie Aziende ed il trend dei due anni 2007 e 2008. Si ritiene queste informazioni importanti per identificare le caratteristiche delle eventuali problematiche emergenti. Se, infatti, una performance negativa a livello regionale è determinata da risultati delle Aziende assai differenziati tra di loro, è evidente che le criticità dipendono dalla gestione specifica di alcune di esse e che 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:

<b>Livello assistenziale</b>	<b>Tipologia di indicatore</b>	<b>Fonte informativa</b>
Assistenza ospedaliera	Indicatori ospedalieri	Database Ministeriale flusso SDO 2008
Assistenza distrettuale	Indicatori territoriali indiretti	Database Ministeriale flusso SDO 2008
Assistenza farmaceutica	Indicatori farmaceutici	Rapporto OsMed 2008
Assistenza sanitaria collettiva e di prevenzione	Vaccinazioni	Ministero della Salute 2008
	Screening	Rapporto Nazionale Screening 2008

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

### 1.3. I PRIMI INDICATORI DI VALUTAZIONE PROPOSTI

Gli indicatori selezionati per il 2008 riprendono molti tra quelli proposti per il 2007 e già consegnati alle regioni, con l'integrazione degli indicatori inclusi nel Patto per la Salute 2010 – 2012.

Nella tabella successiva vengono elencati gli indicatori di valutazione selezionati ed in corsivo quelli di osservazione, che sono utili a comprendere le determinanti dei precedenti.

Si riporta l'elenco degli indicatori, che in questa prima proposta sono complessivamente 34:

Codice indicatore	Indicatore*
<b>ASSISTENZA OSPEDALIERA (H)</b>	
<b>Governo della domanda</b>	
H1.1	Tasso ospedalizzazione Ricoveri Ordinari per acuti per 1.000 residenti
<i>H1</i>	<i>Tasso ospedalizzazione globale per acuti per 1.000 residenti</i>
H1.2	Tasso ospedalizzazione Day Hospital per acuti per 1.000 residenti
<i>H1.3</i>	<i>Peso medio DRG Ricoveri Ordinari</i>
<b>Efficienza</b>	
H2	Indice di performance degenza media per acuti - DRG chirurgici
<i>H2.1</i>	<i>Indice di performance degenza media per acuti</i>
<i>H2.2</i>	<i>Indice di performance degenza media per acuti - DRG medici</i>
H13	Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati
<b>Appropriatezza Chirurgica</b>	
H3	% Drg medici da reparti chirurgici
H4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e Ricoveri Ordinari 0-1 gg
H5	DRG Lea Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery e ordinari 0-1 giorno
<b>Appropriatezza Medica</b>	
H6	DRG Lea Medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
H14	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi
T9	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
<b>Qualità clinica</b>	
H9	% cesarei
H10	% di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per stessa MDC corretto per lo scostamento dal tasso di ospedalizzazione RO per acuti nazionale
<i>H10.1</i>	<i>% ricoveri ripetuti entro 30 giorni</i>
<i>H10.1.1</i>	<i>% ricoveri medici ripetuti entro 30 giorni</i>
<i>H10.1.2</i>	<i>% ricoveri chirurgici ripetuti entro 30 giorni</i>
H11	% fratture femore operate in 2 giorni
H12	Percentuale di fughe in punti DRG
<b>ASSISTENZA DISTRETTUALE (T)</b>	
<b>Efficacia assistenziale delle patologie croniche</b>	
T2	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
T3	Tasso ospedalizzazione diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni)
T4	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
<b>ASSISTENZA FARMACEUTICA (AF)</b>	
AF5	Spesa lorda pro-capite farmaceutica territoriale
<i>AF5.1</i>	<i>Scostamento dalla mediana nazionale dei consumi farmaceutici territoriali di classe A-SSN in DDD/1000 ab die</i>
<i>AF5.3</i>	<i>% sul totale della spesa netta della spesa territoriale dei farmaci equivalenti di classe A-SSN</i>
<i>AF5.4</i>	<i>% sul totale delle DDD del consumo territoriale dei farmaci equivalenti di classe A-SSN</i>
<b>ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E DI PREVENZIONE (P)</b>	
P1	Grado di copertura per vaccino antinfluenzale per 100 abitanti (>= 65 anni)
P2	Grado di copertura per vaccino MRP (morbillo, rosolia, parotite) per 100 abitanti (<= 2 anni)
P3	Estensione grezza di screening mammografico (50-69 anni)
P4	Adesione grezza screening mammografico (50-69 anni)
P5	Estensione grezza screening colon retto (50-69 anni)
P6	Adesione grezza screening colon retto (50-69 anni)

\* Gli indicatori in corsivo sono di osservazione.

### 1.3.1. GLI INDICATORI RELATIVI ALL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

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 indicatore contenenti le modalità di calcolo adottate sono presenti nell'allegato n.1):

- *H1: Tasso di ospedalizzazione globale*, standardizzato per età e sesso, indicatore di osservazione;
- *H1.1: Tasso di ospedalizzazione per ricovero ordinario per acuti*, standardizzato per età e sesso, indicatore di valutazione;
- *H1.2: Tasso di ospedalizzazione per Day Hospital*, standardizzato per età e sesso, indicatore di osservazione;
- *H1.3 Peso medio DRG Ricoveri ordinari*, indicatore di osservazione.

Per quanto concerne l'**efficienza**, gli indicatori selezionati sono:

- *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, 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;
- *H13 Degenza media pre-operatoria per gli interventi chirurgici programmati*, indicatore di valutazione, presente anche nel Patto per la Salute 2010-2012.

Riguardo all'**appropriatezza delle prestazioni**, si propone due gruppi gli indicatori focalizzati sull'appropriatezza chirurgica nel primo caso e su quella medica nel secondo.

Per l'**appropriatezza delle prestazioni chirurgiche** gli indicatori selezionati sono i seguenti:

- *H3: Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici*, indicatore di valutazione presente anche nel Patto per la Salute 2010-2012;
- *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 e ricoveri ordinari 0-1 giorno*, indicatore di valutazione presente nella griglia utilizzato dal Comitato LEA (art. 12 intesa 23 marzo 2005);

Per l'**appropriatezza delle prestazioni mediche** gli indicatori selezionati sono i seguenti:

- *H6: DRG Lea Medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso*, indicatore di valutazione presente anche nel Patto per la Salute 2010-2012 calcolato sui DRG ad elevato rischio di non appropriatezza del DPCM 2001;
- *T9: Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica*, indicatore di valutazione;
- *H14 Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi*, indicatore di valutazione presente anche nel Patto per la Salute 2010-2012

Per quanto concerne la **qualità clinica** delle prestazioni erogate si propongono 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 risulta non 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.*

La percentuale di ricoveri ripetuti viene influenzata 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, ed 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, che è presente anche nel Patto per la Salute 2010-2012, 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.

### **1.3.2. L'ASSISTENZA DISTRETTUALE**

Per quanto riguarda l'assistenza distrettuale, le prospettive di analisi dei risultati proposte sono per ora relative solo all'efficacia assistenziale per alcune patologie croniche di maggiore rilevanza. Nei prossimi mesi potranno essere individuati ulteriori indicatori significativi sull'efficacia territoriale complessiva.

La scelta degli indicatori è stata fortemente influenzata dal fatto che i flussi informativi relativi alle prestazioni territoriali sono assai carenti a livello nazionale; pertanto, in linea con le migliori esperienze internazionali, sono stati utilizzati indicatori di performance indiretti, ossia che misurano il numero di prestazioni assistenziali realizzate in regime di assistenza ospedaliera ma che più correttamente avrebbero dovuto 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 ed includere solo visite specialistiche e diagnostiche specifiche concordate per ogni percorso assistenziale. Questi tre 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 evitarne 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.

Nello specifico, gli indicatori presenti in questa sezione sono:

- L'efficacia assistenziale per le patologie croniche:

- *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;

### **1.3.3. L'ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA**

Nell'ambito del territorio si considera anche la performance relativa all'assistenza farmaceutica convenzionata. Ad oggi sono stati considerati alcuni 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 prossimo anno potrebbero esserne calcolati alcuni.

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

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

Con tali premesse gli indicatori selezionati sono:

- *AF5 Spesa lorda procapite farmaceutica territoriale*, indicatore di valutazione
- *AF5.1 Scostamento dalla mediana nazionale dei consumi farmaceutici territoriali di classe A-SSN in DDD ab die (popolazione pesata)*, indicatore di osservazione.

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.

- *AF5.3: Percentuale sul totale della spesa netta della spesa territoriale dei farmaci equivalenti di classe A-SSN, indicatore di osservazione.*

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.

- *AF5.4: Percentuale sul totale delle DDD erogate nel 2008 nel territorio del consumo di farmaci equivalenti di classe A-SSN, indicatore di osservazione.*

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.

Come già sottolineato, per l'avvenire è auspicabile introdurre anche indicatori relativi all'appropriatezza dell'assistenza farmaceutica erogata, certamente 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.

#### **1.3.4. 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 2008.*

- *P2: Tasso vaccinazione MRP (Morbilli, Rosolia, Parotite) per i bambini su 100 bambini vaccinabili*, indicatore di valutazione. Dato fornito dal Ministero della Salute 2008.
- *P3: Estensione grezza 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. Il dato è stato fornito dall'Osservatorio Nazionale Screening per il 2008 ed è ancora grezzo.
- *P4: Adesione grezza 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. Il dato è stato fornito dall'Osservatorio Nazionale Screening per il 2008 ed è ancora grezzo.
- *P5: Estensione grezza 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. Il dato è stato fornito dall'Osservatorio Nazionale Screening per il 2008 ed è ancora grezzo. Per questo indicatore molte regioni non hanno dati (valore uguale a 0) perché non hanno ancora attivato il progetto e quindi risultano in fascia rossa, con una performance molto scarsa. Da segnalare che la Regione Marche, ha sospeso la fase di sperimentazione dello screening avviata nel 2007.
- *P6: Adesione grezza screening colon retto rispetto ai cittadini 50-69 anni invitati* indicatore di valutazione. Il dato è stato fornito dall'Osservatorio Nazionale Screening per il 2008 ed è ancora grezzo. 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.

È necessario precisare che i dati relativi all'adesione agli screening 2008 sono grezzi, ovvero non tengono conto delle correzioni sulla popolazione da escludere dagli inviti. Tali correzioni influiscono, comunque, in minima parte sull'indicatore ed è quindi possibile fare un confronto con i dati dell'anno precedente.

#### **1.4. LA RAPPRESENTAZIONE DEI RISULTATI: I BERSAGLI REGIONALI**

Per gli indicatori di valutazione è possibile anche visualizzare con il “bersaglio” la performance della regione in *benchmarking* con le altre regioni, con i colori corrispondenti alle cinque fasce di valutazione. Inoltre, nel report pdf 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, utili per valutare il grado di omogeneità del risultato tra i soggetti che compongono il sistema sanitario regionale. Per ciascun indicatore, viene calcolato il trend 2007 -2008 ed il benchmarking regionale ed infraregionale.