

La valutazione della performance in sanità

a cura di
Sabina Nuti

il Mulino



INNOVAZIONE E MANAGEMENT IN SANITÀ





INNOVAZIONE E MANAGEMENT IN SANITÀ
collana del Laboratorio Management e Sanità
della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa
e della Regione Toscana

diretta da
Sabina Nuti e Marco Frey

Comitato scientifico:
Giuliano Amato, Lino Cinquini, Luigi Donato,
Gian Franco Gensini, Luigi Marroni





LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE IN SANITÀ

A CURA DI
SABINA NUTI



SOCIETÀ EDITRICE IL MULINO





I lettori che desiderano informarsi sui libri e sull'insieme delle attività della Società editrice il Mulino possono consultare il sito Internet:
www.mulino.it

ISBN 88-15-00000-0

Copyright © 0000 by Società editrice il Mulino, Bologna. Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere fotocopiata, riprodotta, archiviata, memorizzata o trasmessa in qualsiasi forma o mezzo – elettronico, meccanico, reprografico, digitale – se non nei termini previsti dalla legge che tutela il Diritto d'Autore. Per altre informazioni si veda il sito **www.mulino.it/edizioni/fotocopie**



INDICE

Prefazione, <i>di G. Amato</i>	p. 9
PARTE PRIMA: LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE NELLA SANITÀ PUBBLICA, <i>di S. Nuti</i>	
Premessa	17
I. Il ruolo della valutazione per i servizi pubblici, <i>di S. Nuti</i>	17
II. Le misure del sistema di valutazione, <i>di S. Nuti</i>	31
III. L'integrazione con gli altri meccanismi operativi, <i>di S. Nuti</i>	51
PARTE SECONDA: IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE: IL CONFRONTO INTERNAZIONALE, <i>a cura di S. Nuti</i>	
Premessa, <i>di I. Marino</i>	71
IV. Il sistema di valutazione della performance della sanità nella Regione Valenciana, <i>di G. Gómez Soriano</i>	75
V. Dalla misurazione dei risultati degli ospedali alla valutazione della performance del sistema regionale: l'esperienza dell'Ontario – Canada, <i>di A. Brown</i>	87
VI. La misurazione della performance nel	



network ospedaliero di Tokyo, <i>di T. Takahashi</i>	103
VII. Risultati e prospettive per la valutazione della performance nella sanità olandese, <i>di M. Berg</i>	113
VIII.I sistemi di valutazione della performance inglesi a confronto: risultati ottenuti dalla regionalizzazione, <i>di G. Bevan</i>	123
PARTE TERZA: I SISTEMI DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA SANITÀ TOSCANA, <i>a cura di S. Nuti</i>	
Premessa	137
IX. Il ruolo del sistema di valutazione quale strumento di governo, <i>di E. Rossi</i>	139
X. La finalità, la struttura e le modalità d'uso del sistema, <i>di S. Nuti</i>	143
XI. La performance del sistema sanitario To- scano e le modalità di utilizzo del sistema, <i>di S. Nuti</i>	165
XII. Misurare e valutare la performance della sanità territoriale, <i>di P. Tedeschi</i>	203
PARTE QUARTA: LE DIMENSIONI DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA SANITÀ TOSCANA, <i>a cura di S. Nuti</i>	
XIII.La valutazione dei livelli di salute della popolazione, <i>di A. Bonini, C. Calabrese</i>	233
XIV.La valutazione della capacità di persegui- mento delle strategie regionali, <i>di S. Barsanti,</i>	





<i>F. Sanna, A. M. Murante, C. Calabrese, V. Camerini</i>	251
XV. <i>La valutazione socio-sanitaria, di A. Bonini, C. Seghieri, C. Calabrese, B. Lupi</i>	349
XVI. <i>La valutazione della dinamica economico- finanziaria e dell'efficienza operativa, di L. Cinquini, M. Vainieri, E. Felloni, C. Campanale, L. Marcacci</i>	413
XVII. <i>La valutazione interna, D. Cerasuolo, A. Campani, M. G. Sinigaglia</i>	475
XVIII. <i>La valutazione esterna, di S. Nuti, M. Vai- nieri, A. Brambini, L. Marcacci, F. Ferretti, A. M. Murante, M. Furlan</i>	505



Appendici

A Schede di descrizione degli indicatori	617
B Codifiche e schemi di riclassificato del bilancio	685
C La determinazione della numerosità campionaria nelle indagini di soddisfazione	707
D Questionario di soddisfazione dei pazienti del «Servizio di ricovero ospedaliero»	713
E Questionario per l'indagine di clima interno	725





Conclusioni, <i>di M. Frey</i>	735
Riferimenti bibliografici	741
Gli autori	781
Ringraziamenti	785



PREFAZIONE

È un'aria che si vorrebbe respirare anche in altri settori della galassia pubblica quella che circola in questo lavoro dedicato alla sanità e in particolare a quella toscana. Eppure è la stessa aria che sembrò imporsi nell'Italia degli anni Novanta, quando, prima con Sabino Cassese e poi con Franco Bassanini, Ministri della Funzione Pubblica, un grande sforzo fu fatto per introdurre la cultura del risultato, e quindi della valutazione dei risultati, nella nostra Amministrazione. Da tempo ci lamentavamo del prevalere in essa della cultura legalistica e della polverizzazione, quindi delle grandi missioni pubbliche in procedimenti scanditi soltanto dal susseguirsi di visti, di pareri e di concerti lungo sequenze miranti più che al risultato, all'esenzione da ogni responsabilità agli occhi della Corte dei Conti. E proprio per questo ci si adoprò a cambiare i parametri, sia dell'azione pubblica, sia dello stesso giudizio della Corte dei Conti, cercando di far emergere l'azione al di sopra dei singoli atti, e quindi la valutazione della gestione tanto all'interno di ciascuna amministrazione, quanto in sede di controllo esterno. Si reimposero le direttive annuali dei ministri, se ne ridefinirono i rapporti con le autonome responsabilità delle unità amministrative, si istituirono nuovi organismi per i controlli, per quelli strategici e per quelli di gestione.

Sembrò l'alba di un nuovo mondo, nuovo anche in virtù dell'ingresso delle tecnologie informatiche, che facilitava enormemente il cambiamento tanto dei processi amministrativi, quanto di quelli volti a misurarne l'efficienza. Ma a distanza di anni ci si chiede quanto la novità sia penetrata e perché sia penetrata assai meno di quanto si sperasse. Nel libro, che in parte ha scritto



e in parte ha curato, Sabina Nuti sfata un primo mito, vale a dire che ciò sia accaduto a causa delle indubbe difficoltà a trasferire sulle attività pubbliche concetti e criteri nati nel settore privato e inizialmente concepiti in funzione delle sue caratteristiche specifiche. Le difficoltà senz'altro ci sono ed è sin troppo facile mettere in luce le differenze fra la produzione di una lavastoviglie e quella di un accertamento fiscale o di altri «prodotti» scaturenti da attività imperative segnate comunque da irrinunciabili passaggi procedurali. E tuttavia non sono difficoltà insormontabili, e tanto meno lo sono laddove lo Stato, o comunque soggetti pubblici, producono non provvedimenti amministrativi, ma servizi fondamentali – e assai costosi – per il cittadino, come l'istruzione e la sanità.

Nelle pagine che seguono Sabina Nuti non solo ci dimostra che i mezzi per misurare e quindi migliorare i risultati nei servizi pubblici esistono, ma ci parla di una metodologia concretamente costruita e già funzionante per la Sanità toscana. La valutazione della «performance» nei servizi – ci ricorda l'autrice – è oggetto di una letteratura ormai consolidata, che ha distinto e messo a fuoco i processi decisionali che li riguardano, gli obiettivi strategici e quelli gestionali, i modi infine per valutare la realizzazione degli uni e degli altri, a seconda dei loro stessi contenuti e dei criteri oggettivi o soggettivi di valutazione. Disponiamo, insomma, di modelli multidimensionali che, in quanto tali, si adattano molto bene anche al settore pubblico, nel quale sono sempre molteplici i punti di vista dai quali il risultato viene valutato – qualità tecnica della prestazione, tempistica, risorse utilizzate, soddisfazione dell'utente.

Certo – ed è questo il punto – perché tali modelli diventino concretamente operativi, bisogna investire non solo nella loro ideazione, ma soprattutto poi nella loro realizzazione, dedicando loro risorse finanziarie ed umane, raccogliendo sistematicamente i dati che servono, iniettando in tutti gli operatori la cultura necessaria a renderli attenti e reattivi alle esigenze del modello. È quello, ahimè, che venne a mancare a livello nazionale negli anni





seguiti alla stagione delle riforme, anni nei quali, cambiati i responsabili politici, cambiarono gli indirizzi, cambiarono gli impulsi che ne venivano – e di sicuro fu anche per questo che buona parte di quelle riforme rimasero sulla carta. Ma non so se è stato soltanto per questo – ci tornerò più avanti – e in ogni caso non è stato ovunque così. La conquistata Repubblica delle autonomie, non priva per ciò stesso di disfunzioni, ha anche creato gli spazi per iniziative autonome e ha quindi consentito di sperimentare processi di riforma non *top down*, ma avviati a macchia di leopardo e quindi potenzialmente idonei a comunicarsi all'insieme attraverso quelle dinamiche ora cooperative ora concorrenziali, che sono tipiche degli assetti federali.

Non sappiamo se questo accadrà per il sistema di valutazione dei servizi sanitari. Quello che è certo è che l'esperienza su cui si sofferma il libro, quella della Sanità toscana, crea le premesse perché possa accadere. In tale esperienza il sistema di valutazione è nato da un progetto messo in moto dalla Regione – grazie al suo eccellente assessore alla Sanità – insieme alla Scuola Superiore Sant'Anna, non coinvolta – a differenza di altre istituzioni universitarie della regione – in alcuna azienda ospedaliera. Esso si avvale di una pluralità di indicatori e consente in modo semplice e trasparente la valutazione della performance di ogni azienda sanitaria della regione sulla base di ciascuno di essi; il che serve non tanto a dare pagelle, quanto a impostare i correttivi volta a volta necessari con cognizione di causa e chiara individuazione delle criticità.

È proprio in questa chiave che il sistema appare, oltre che utile, anche incoraggiante per il futuro. Si pensi al dato più vistoso che ne emerge, e cioè la diversità del ventaglio delle prestazioni fornite, a parità di spesa, da aziende sanitarie anche contigue – e quindi con utenze simili. È chiaro, su questa base, che vi sono ampi margini di miglioramento dell'insieme. Ed è chiaro inoltre che dimostrare l'effettiva e concreta perseguibilità dei (molteplici) obiettivi di un sistema sanitario pubblico – equità





di accesso, erogazione efficace, fiducia e serenità del paziente – è anche il miglior antidoto alle cure sbrigative a cui la sanità rischia altrimenti di essere sottoposta in tempi nei quali i servizi sociali sono oggetto di revisioni critiche non sempre salutari per le missioni loro affidate: o la cura, che in parte abbiamo già sperimentato, del dimagrimento ispirato a puri obiettivi di contenimento finanziario, o quella, che ogni tanto affiora, della «iniezione di mercato», che dovrebbe da sola far cadere le inefficienze.

Intendiamoci: c'è, in entrambe le cure, un principio di validità che va preso sul serio. È vero che il contenimento finanziario può stimolare un uso più efficiente delle risorse disponibili ed è non meno vero che gli stessi stimoli possono venire dall'adozione di meccanismi concorrenziali. Ma non è vero che nella sanità ci si possa interamente affidare all'una o all'altra cosa: il contenimento finanziario è un vincolo e non un obiettivo – dirlo è meno banale di quanto possa sembrare – e la concorrenza può essere nella sanità un regolatore parziale e limitato, pena altrimenti il dramma che prese corpo negli Stati Uniti, quando aziende ospedaliere vicine vollero dotarsi tutte delle migliori tecnologie, affrontando costi elevatissimi che non furono poi in grado di assorbire. Qui il meccanismo concorrenziale serve ai fini delle forniture, ma per evitare duplicazioni e sprechi serve in primo luogo una programmazione di sistema.

Anche di questo si parla nel libro, che è dunque una testimonianza di ragionata fiducia nella sanità di cui ci siamo dotati e nella possibilità che abbiamo di elevarne la qualità. Ed è, a ben guardare, una testimonianza della fattibilità dello stesso disegno di più ampia riforma intrapreso negli anni Novanta. È una fattibilità legata alla continuità e alla specificità dell'impegno a cui deve la sua (iniziata) realizzazione lo spezzone di cui ci parla Sabina Nuti. Gli strumenti e le metodologie per dare corpo a un tale impegno esistono, funzionano e qui ne abbiamo la prova. Se è solo a macchia di leopardo che ne facciamo uso, lo si deve al nostro tallone d'Achille,





che – dobbiamo ammetterlo – va oltre le discontinuità che possono conseguire all’alternanza politica e investe la nostra generalizzata insufficienza quanto a capacità e a tensione nel realizzare le riforme che siamo bravissimi a progettare. La cultura della valutazione è parte di quella che chiamiamo cultura dell’*implementazione*. E non a caso usiamo per menzionarla un brutto neologismo in lingua ibrida. In italiano, per questa cultura, siamo talmente agli inizi che dobbiamo ancora trovarle una definizione appropriata.

GIULIANO AMATO







PARTE PRIMA

LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE
NELLA SANITÀ PUBBLICA







SABINA NUTI

IL RUOLO DELLA VALUTAZIONE PER I SERVIZI PUBBLICI

Premessa

Nei paesi OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) l'entità delle risorse dedicate ai servizi sanitari incide notevolmente nella spesa pubblica raggiungendo il 6,45% sul prodotto interno lordo¹. In presenza di bisogni in continua crescita, a causa sia dell'invecchiamento della popolazione che del miglioramento della qualità di vita, i servizi sanitari svolgono un ruolo fondamentale nella risposta ai bisogni dei cittadini.

Se alla sanità vengono dedicate risorse sempre più ingenti, contemporaneamente diventa sempre più necessario dotarsi di sistemi capaci di misurare i risultati conseguiti, ossia quanto i servizi erogati siano stati adeguati alla domanda, efficaci in termini qualitativi e efficienti nell'uso delle risorse rese disponibili dai cittadini stessi. Questa esigenza non è presente solo nel nostro paese: al tema sono stati dedicati studi e implementazioni pratiche in molti paesi, soprattutto dove il servizio sanitario è a copertura universale. Il tema della performance delle amministrazioni pubbliche e dei sistemi da adottare per la loro misurazione e valutazione è argomento al centro del dibattito politico e istituzionale a livello mondiale. Politici, cittadini, ricercatori, e le stesse amministrazioni pubbliche, si pongono il quesito di come possa essere efficacemente misurata la capacità del soggetto pubblico di creare valore per il cittadino con le risorse rese disponibili dalla comunità, ossia di come misurare i risultati perseguiti mediante l'azione pubblica. Malgrado vi siano ancora limitate evidenze sui fattori determinanti la

¹ Dato anno 2004. Fonte: Eco-salute OCSE 2007, Luglio 2007.





performance delle pubbliche organizzazioni [Boyne 2003], negli ultimi anni il tema è stato sempre più frequentemente affrontato dalle amministrazioni pubbliche e dagli studiosi, alla ricerca di meccanismi di governo capaci di misurare le molteplici dimensioni che caratterizzano l'azione pubblica [Weimer, Gormley 1999; Andrews *et al.* 2006].

La complessità del tema nasce in primo luogo dalla tipologia dell'oggetto da valutare, cioè i risultati conseguiti dall'azione pubblica che, per loro natura, sono articolati, di vasto spettro, condizionati dall'ambiente e correlati tra loro.

Nell'ambito dell'azione pubblica in generale, il tema riveste grande rilevanza, soprattutto per quanto riguarda i servizi di pubblica utilità quali l'istruzione [Nutti, 2000] e la sanità. Il motivo è da ricercarsi, in primo luogo, nella criticità di questi servizi, in cui l'utente è in condizioni di asimmetria informativa rispetto al soggetto erogatore e dove l'azione dello Stato come garante di equità è più necessaria. Inoltre, il rilevante assorbimento di risorse finanziarie da parte di queste tipologie di servizi e il conseguente aumento dei costi sostenuti dalla collettività per l'erogazione degli stessi, in parte dovuto all'aumento esponenziale dei bisogni sanitari e formativi percepiti dai cittadini, hanno imposto in tutti i paesi OCSE con copertura sanitaria universale, l'introduzione di strumenti e sistemi di governo sempre più complessi, orientati sempre più alla misurazione dei risultati conseguiti.

Dalle esperienze internazionali e dagli studi svolti soprattutto nel campo del public management e della valutazione sanitaria, emergono alcune indicazioni che sono servite da guida al lavoro di progettazione e di implementazione svolto dal gruppo di ricerca del Laboratorio *Management e Sanità* della Scuola Superiore Sant'Anna per la Regione Toscana. Il testo si propone di analizzare le esperienze estere di maggiore rilievo, tra cui la Spagna (con la Regione Valencia), il Canada (con l'Ontario), l'Olanda, il Giappone e le tre nazioni della Gran Bretagna. A queste esperienze internazionali è dedicata la seconda parte, propedeutica all'illustrazione del sistema adottato per la valutazione della performance





della sanità toscana, a cui sono riservate la terza parte (per quanto riguarda la sua descrizione complessiva) e la quarta (per l'analisi specifica delle sue componenti).

1. *I sistemi di valutazione della performance nel contesto dei servizi di pubblica utilità*

Nel 2007 la spesa pubblica destinata alla sanità nella sola regione Toscana è stata pari a 6.100 milioni di euro, corrispondente a circa il 70% del budget di spesa complessivo della Regione. Il sistema sanitario regionale pubblico conta su più di 50.000 dipendenti, ed i suoi servizi incidono enormemente sulla vita dei cittadini, sia in termini sociali, in quanto rappresentano una determinante considerevole della qualità di vita della persona, sia in termini economici (come spesa che la collettività sostiene), che come volano di sviluppo economico. Il sistema sanitario regionale contribuisce infatti in modo considerevole alla generazione dei redditi dell'economia. Sulla base di uno studio realizzato dall'Irpet², se in Toscana non esistessero i servizi sanitari, il PIL regionale risulterebbe inferiore del 7,5%, gli occupati sarebbero l'8% in meno e le importazioni regionali ed estere risulterebbero rispettivamente più basse del 4,5% e del 5,7%.

La rilevanza del sistema sanitario per una regione è quindi tale da rendere estremamente critica – e fondamentale – la sua gestione, intesa sia in termini di capacità di fornire ai cittadini servizi adeguati in qualità e volume, sia in termini di sostenibilità economica e di impatto per lo sviluppo del territorio.

Si tratta di servizi che rientrano tra quelli definiti di «pubblica utilità» e che, come prevede la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1997, sono quelli volti a garantire il godimento dei diritti della persona, costituzionalmente tutelati: la salute, l'assistenza e previdenza

² Cfr. la Relazione Sanitaria Regione Toscana 2003-2005, parte seconda, cap.7, *Il sistema sanitario regionale: un attore importante del sistema economico toscano*, a cura dell'Irpet, pp. 139-149.





sociale, l'istruzione e la libertà di comunicazione, la libertà e la sicurezza della persona, la libertà di circolazione, ai sensi dell'art. 1, legge 12 giugno 1990 n. 146, e i servizi di erogazione di energia elettrica, acqua e gas.

L'erogazione di tali servizi, secondo la direttiva in esame, deve essere uniformata ai seguenti principi fondamentali:

- *eguaglianza*, nel senso che l'erogazione del servizio deve essere ispirata al principio di uguaglianza dei diritti degli utenti, intesa come divieto di ogni ingiustificata discriminazione, e non, invece, quale uniformità delle prestazioni sotto il profilo delle condizioni generali e specifiche, di erogazione del servizio;
- *imparzialità* nei confronti degli utenti;
- *continuità*, in quanto l'erogazione dei servizi pubblici deve essere continua, regolare e senza interruzioni;
- *diritto di scelta*, nel senso che deve essere consentito all'utente di scegliere tra i soggetti che erogano il servizio, specie per i servizi distribuiti sul territorio;
- *partecipazione* garantita a tutti i cittadini, sia per tutelare il diritto alla corretta erogazione, sia per favorire la collaborazione con i soggetti erogatori;
- *efficienza ed efficacia* che devono essere perseguite nello svolgimento delle attività.

Garantire l'applicazione di tali principi, ossia la copertura universale e l'equità, insieme alla sostenibilità economica del sistema, rappresenta, sempre di più, una tra le sfide più difficili per le amministrazioni pubbliche. A livello regionale questo è vero soprattutto per i servizi sanitari, che rappresentano il vero banco di prova per le parti politiche. Il buon funzionamento e una qualità adeguata dei servizi sanitari rappresentano infatti per il cittadino parametri rilevanti per valutare i risultati conseguiti dall'amministrazione regionale. Si tratta di servizi «vicini» alla gente, che incidono pesantemente sulla vita delle persone, che coinvolgono direttamente e indirettamente tutta la popolazione.

Conseguentemente, per le amministrazioni regionali, il poter contare su un sistema di misurazione dei risultati





ottenuti dal sistema sanitario diventa, in questo contesto, un vero e proprio – fondamentale – strumento di *governance*, che può determinare in buona misura il successo politico di un'amministrazione regionale.

La normativa italiana, a partire dalla fine degli anni Ottanta, contiene continui e sempre più puntuali riferimenti alla necessità di introdurre e applicare nell'amministrazione pubblica italiana, in modo diffuso e a tutti i livelli, «principi e criteri aziendali idonei a coniugare la legittimità e la correttezza dell'azione amministrativa con l'efficacia delle politiche di intervento pubblico, l'efficienza nell'impiego delle risorse, l'economicità della gestione» [Borgonovi 1996].

Le istituzioni che erogano servizi di pubblica utilità non hanno finalità di lucro; tuttavia, benché per misurare il valore prodotto dalla gestione, non dispongano di una grandezza comune quale il profitto realizzato, devono comunque ricercare strumenti per verificare i risultati conseguiti [Farneti 1995].

Il cuore del problema sembra essere il medesimo evidenziato a suo tempo da Simon [Simon 1950]: perseguire fini di pubblica utilità non significa rinunciare a obiettivi di corretto impiego delle risorse o di qualità del servizio, perché ciò conduce inevitabilmente a mettere in forse il soddisfacimento delle attese del pubblico.

Molti sono infatti convinti che soltanto la presenza di un efficace sistema di controllo possa garantire il raggiungimento della missione fondamentale della pubblica amministrazione, che consiste nel porsi al servizio dei cittadini e della società [Crozier 1987; Mayne, Zapico, Goni 1997].

Anthony individua quale «principale caratteristica che distingue il controllo direzionale in un'organizzazione non profit rispetto all'azienda di produzione l'assenza del profitto come obiettivo, come criterio per valutare politiche alternative, come misura del risultato. Non esiste nelle organizzazioni che erogano servizi di pubblica utilità, un altro elemento ad esso confrontabile, ed il problema connesso al controllo direzionale si presenta pertanto più difficile. Poiché nelle organizzazioni che erogano servizi di pubblica utilità il profitto non è un obiettivo, e i risultati





non si misurano sinteticamente con il profitto realizzato, è necessario soffermarsi a comprendere meglio quali sono gli obiettivi stessi che l'amministrazione persegue. Poiché le scelte politiche non possono essere giudicate sulla base della loro idoneità a perseguire l'obiettivo del profitto, la direzione elabora altri criteri per decidere circa i programmi di azione e altre misure per valutare il successo dell'azienda» [Anthony 1984].

In particolare, secondo alcuni autori [Gilbert e Andrault 1984], il governo di organizzazioni erogatrici di servizi di pubblica utilità appare caratterizzato dall'esistenza di differenti processi decisionali, riconducibili a due tipologie, secondo che prevalga il contenuto politico o quello manageriale. In coerenza con tale distinzione dovrebbero essere disegnati e implementati meccanismi di controllo differenti: mediante il controllo di gestione si dovrebbero misurare i risultati relativi alle prestazioni realizzate in termini di volumi e risorse impiegate; mediante i meccanismi di valutazione politica dovrebbe invece essere possibile osservare l'impatto delle decisioni politiche sull'ambiente sociale, al fine di individuare effetti non desiderati o ricercati dell'azione politica.

Malgrado questa distinzione sia spesso difficile da effettuare nella pratica, è fondamentale considerare la missione differente e al tempo stesso integrabile della «politica» e della «gestione». Alla prima il compito della rappresentanza dei cittadini e la responsabilità della individuazione degli obiettivi di bene sociale da perseguire; alla seconda il mandato di tradurre questi ultimi in pratica e responsabilità dell'uso efficiente ed efficace delle risorse messe a disposizione dalla collettività. In sintesi, non vi è buona politica senza una gestione capace di realizzare i piani definiti, ma al contempo una buona gestione dipende dalla capacità di governo della politica. Per valutare complessivamente la performance conseguita è necessario – più nel contesto dei servizi pubblici che in quello delle imprese che operano sul mercato –, disporre di molteplici meccanismi di misurazione dei risultati per una valutazione integrata della performance conseguita (per quanto consentito dalla complessità gestionale).





In questa logica di ampliamento del campo di azione, il sistema di controllo può essere definito un sistema di «valutazione dei risultati di attività e programmi pubblici», intendendo con il termine *valutazione* il processo atto a riconoscere e determinare il valore (*worth and value*), il merito, la validità di programmi e attività delle amministrazioni pubbliche [Vedung 1997]. Le organizzazioni che erogano servizi di pubblica utilità, benché possano non avere finalità di profitto, debbono infatti operare per creare *valore* e la loro strategia e gestione deve essere valutata proprio in quest'ottica [Coda 1990].

2. Performance aziendale o di sistema?

La letteratura manageriale affronta la problematica della valutazione della performance considerando quale oggetto di riferimento il sistema azienda e non un sistema quale quello sanitario pubblico, in cui sono presenti molteplici soggetti con ruoli differenziati.

Negli ultimi vent'anni sono stati introdotti in bibliografia molti sistemi di valutazione della performance multidimensionale [Lynch e Cross 1991; Fitzgerald *et al.* 1991; Kaplan e Norton 1992; Lewis 1999]. Tra questi il modello che ha sicuramente avuto maggiore diffusione è il *Balanced Scorecard*, disegnato in prima battuta per le realtà imprenditoriali orientate al profitto. La qualità e l'originalità di questo modello sono sostanzialmente legate alla multidimensionalità (ossia alla sua attitudine a rappresentare la performance rispetto a molteplici punti di vista) e alla sua capacità di integrare la strategia con l'azione. Kaplan e Norton, nel 2000 e nel 2001, propongono infatti questo sistema quale strumento efficace per:

- tradurre la strategia in termini operativi, ossia descriverla attraverso obiettivi chiari, integrati a sistema, in cui siano evidenti le priorità e le relazioni causa ed effetto. Un'adeguata descrizione degli obiettivi è già uno strumento fondamentale di comunicazione interna ed esterna all'azienda;





- allineare l'organizzazione alle strategie, allo scopo di creare sinergie, ossia orientare l'assetto organizzativo delle aziende in modo da giocare di squadra, evitando che gli obiettivi specifici diventino prioritari rispetto a quelli complessivi dell'organizzazione;
- rendere la strategia un lavoro quotidiano di ciascuno, ossia far sì che tutti siano partecipi e contribuiscano al risultato aziendale, consapevoli del piccolo grande ruolo che ciascuno ha nel conseguimento di una strategia di successo;
- fare della strategia un processo continuo, evitando che gli obiettivi di breve periodo siano incoerenti o addirittura di ostacolo agli obiettivi di lungo periodo. In quest'ottica appare fondamentale l'integrazione della Balanced Scorecard (BSC) con il sistema di budget, troppo spesso orientato al solo miglioramento di breve periodo, e scarsamente integrato con le strategie di lungo periodo;
- mobilitare il cambiamento mediante la leadership, intesa come strumento che il top management può adottare nelle fasi di profonda trasformazione, quando è essenziale muovere tutta l'organizzazione con coerenza e chiarezza di intenti.

Successivamente i due autori hanno affermato che il BSC può essere efficacemente applicato anche alle realtà pubbliche che erogano servizi di pubblica utilità. Fondamentale è che esistano relazioni di causa ed effetto tra le misure di processo ed i risultati di outcome. Per il settore pubblico, in genere, la proposta è di modificare ed adattare le dimensioni di valutazione della performance e di sostituire, ad esempio, la prospettiva finanziaria con i risultati per il cittadino o per l'utilizzatore finale, che risulta essere, indirettamente, l'azionista finale del sistema pubblico.

Il focus dei risultati di outcome del Balanced Scorecard dovrebbe essere collegato alla missione dell'istituzione non profit pubblica in oggetto, ossia, nel caso della sanità, al miglioramento dei livelli di salute della popolazione [Chang, Lin, Northcott 2002]. Se nel caso delle aziende private,





infatti, l'obiettivo perseguito dai manager e monitorato con la BSC è quello di massimizzare il valore per l'azionista, nel caso di un sistema sanitario regionale l'obiettivo fondamentale che accomuna più *stakeholders* del sistema – quali i cittadini ed i politici – è il miglioramento della salute della popolazione. Per perseguire questo obiettivo, nel sistema di valutazione della performance si possono considerare ulteriori dimensioni relative ai processi e agli output realizzati, che agiscono quali fattori determinanti e che coinvolgono altri soggetti quali i manager e i professionisti – medici ed operatori sanitari in genere.

Per essere un efficace strumento di governo strategico, il BSC dovrebbe considerare le misure finanziarie, e dovrebbe farlo non in una logica di relazione causale, così da evidenziare che dalla gestione dei processi si ottengono output capaci di migliorare gli outcome finali [Kaplan e Norton 1996c, 2000, 2001; Pursglove e Simpson 2000]. Gli indicatori selezionati in ciascuna dimensione che compone il Balanced Scorecard dovrebbero essere capaci di «catturare» i fenomeni di fondamentale rilevanza rispetto agli obiettivi strategici perseguiti [Baraldi 2005].

Se quindi i sistemi di valutazione multidimensionali possono essere efficacemente applicati anche in realtà pubbliche, ed in particolare nel contesto sanitario [Niven 2003; Vignati 2004], il punto successivo da analizzare è se possono essere applicati anche a livello di sistema, ossia in dimensione regionale o nazionale. Uno strumento come il BSC acquista utilità nella misura in cui è collegato alla strategia aziendale, ne guida l'azione e, mediante la verifica dei risultati con un approccio fortemente orientato allo studio delle determinanti dei risultati, aiuta a riorientare gli sforzi, nel caso in cui questi non siano in linea con la strategia. È possibile applicare le stesse logiche per un sistema pubblico, composto da molteplici soggetti, con missioni a volte integrate tra di loro, a volte anche in competizione? È possibile per un sistema pubblico nel suo complesso non solo avere obiettivi politici, ma tradurli in strategie di azione coerenti tali da permettere l'applicazione di strumenti di misurazione gestionali quali il BSC? Alcuni autori evidenziano che l'assunzione della presenza di una relazione causale tra obiettivi, azioni e





risultati sia troppo semplicistico rispetto alla realtà [Otley 1999] e questo sembra particolarmente condivisibile per il settore pubblico. In questo caso infatti, molto dipende dalle scelte di assetto organizzativo. Nel contesto sanitario, quanto più il soggetto politico interviene per definire non solo gli obiettivi, ma pianificando anche le modalità e le strategie per perseguirli, tanto più strumenti – quali il BSC – sono adottabili.

Risultano in realtà sempre più presenti nel contesto internazionale paesi che hanno adottato sistemi multidimensionali di valutazione per la rappresentazione dei risultati conseguiti in sanità dal sistema pubblico – si veda in merito l'esperienza danese [AA.VV. 2004]. In Gran Bretagna per esempio, come strumento strategico per il governo della performance del sistema sanitario pubblico, fu a suo tempo introdotto il PAF (*Performance Assessment Framework*) che, come il BSC, ha come assunzione di fondo il collegamento causale tra input, processi, output e outcome. Il governo inglese spiegò così, al momento del lancio del sistema nel 1998, le scelte delle dimensioni presenti e monitorate nel PAF: «Dall'analisi dello stato di salute delle diverse comunità della nostra popolazione (stato di salute iniziale), abbiamo bisogno di assicurarci che ogni persona che necessita di assistenza e cura (equità di accesso) riceva una risposta appropriata ed efficace (erogazione efficace), offrendo un servizio di alto valore aggiunto (efficienza), con la massima sensibilità e cura possibile (esperienza del paziente/utente), così da perseguire buoni risultati di outcome clinici (outcome clinici) e di massimizzare il contributo al miglioramento dello stato di salute della popolazione (miglioramento dello stato di salute iniziale)» [NHS Executive 1999]. Analizzando proprio l'esperienza inglese, alcuni autori evidenziano che sistemi come il BSC possono essere insufficienti a governare la complessità di sistemi complessi quali quelli sanitari [Li-cheng Chang 2004].

Analizzando le applicazioni del BSC realizzate in sanità a livello internazionale e nazionale si concorda con quanti [Zelman *et al.* 2003; Baraldi 2005] apprezzano l'impostazione di fondo del modello proposto da Kaplan, ma evidenziando la necessità di opportuni e rilevanti adattamenti al contesto sanitario – adattamenti che hanno determinato, in molti casi,





la progettazione di modelli concettuali assai diversi dal sistema originale.

Ciò che appare soprattutto difficile e critico non è tanto la rappresentazione multidimensionale dei risultati, quanto la costruzione della «mappa strategica» che consenta di governare le relazioni di causa ed effetto tra azioni e risultati conseguiti, e che può avere, nel contesto dei sistemi sanitari pubblici, diversi gradi di applicazione in base alle scelte di ruolo del soggetto pubblico. La complessità della questione e i suoi risvolti politici fanno sì che la formalizzazione di tale mappa sia difficile, rendendo ardua l'esplicitazione del processo di razionalizzare in tutte le sue componenti.

In proposito appare molto interessante l'esperienza condotta dall'Ontario, Canada [The Ontario Health System Scorecard 2005; Brown, Pink 2005] che, partendo dai report di valutazione della performance già elaborati nel corso degli anni per i vari ambiti del sistema sanitario, nel 2005 ha predisposto un report per il sistema sanitario nel suo complesso che ricostruisce la mappa strategica, ossia gli obiettivi, le azioni e i risultati conseguiti (Fig. 1).

La mappa così predisposta permette di avere una visione integrata e coordinata dell'agire pubblico, e facilita l'individuazione delle azioni correttive e la valutazione anche politica dell'operato dell'amministrazione pubblica in cui i risultati di outcome, ossia di salute della popolazione, possono essere correlati con la sostenibilità finanziaria del sistema.

Tanto più la politica si assume il compito e la responsabilità della programmazione e pianificazione del sistema, limitando la competizione tra le istituzioni che compongono il sistema e regolando le operazioni di scambio a garanzia del cittadino, tanto più diventano essenziali l'adozione di strumenti complessi per la valutazione della performance e la predisposizione di mappe strategiche. Le logiche del BSC rappresentano un punto di partenza valido, ma da sviluppare e adattare alla complessità dell'oggetto da monitorare.

Il sistema sanitario pubblico italiano, che rappresenta una scelta fondamentale del nostro paese, condivisa da tutte le componenti politiche, viene oggi spesso messo sotto accusa in quanto incapace di garantire la sostenibilità economica,



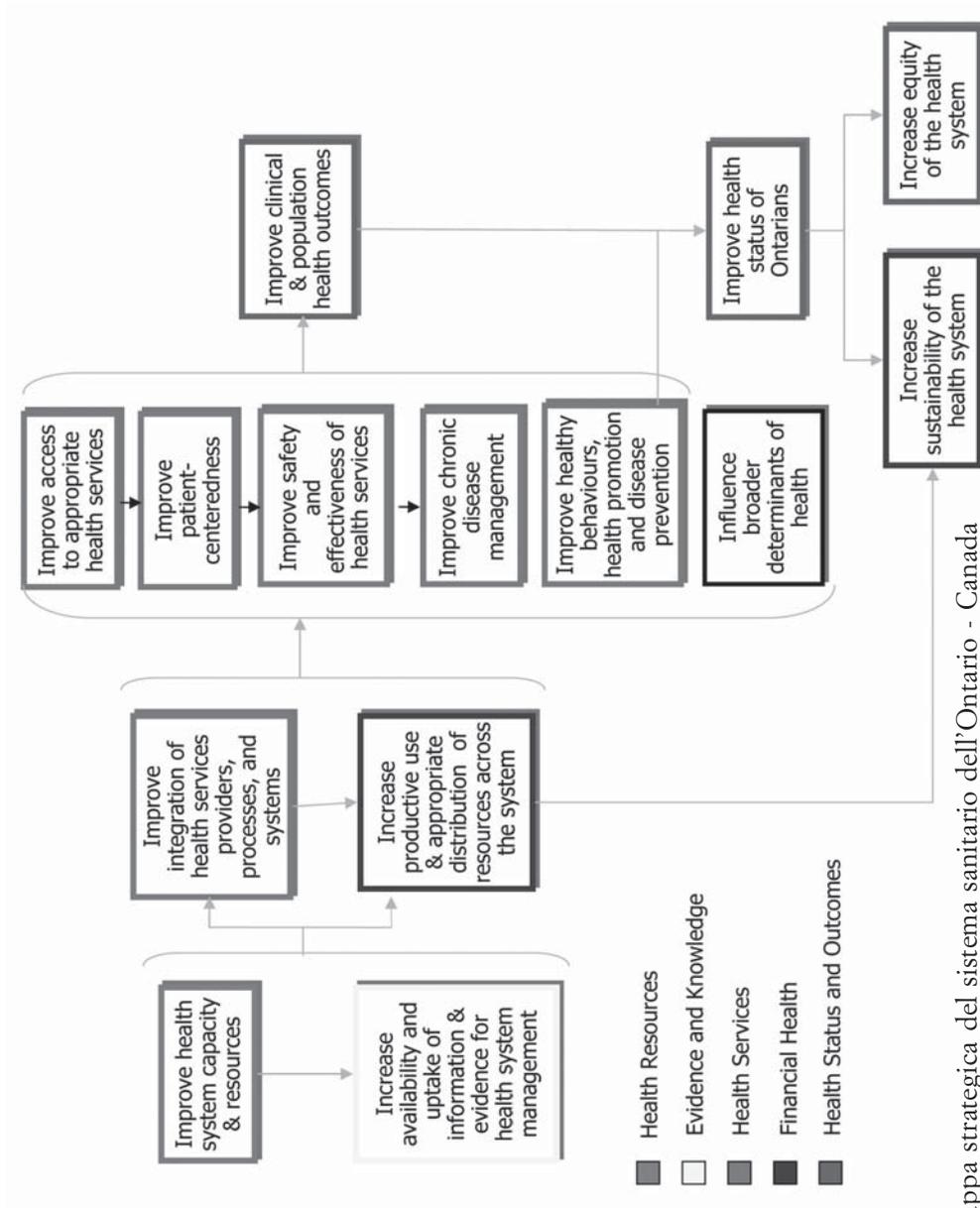


FIG.1. La mappa strategica del sistema sanitario dell'Ontario - Canada





la qualità dei servizi ed anche la stessa equità. Non si può negare, e non solo in Italia, che nel sistema pubblico siano presenti carenze organizzative e talvolta qualitative, che vi siano ancora moltissime sacche di inefficienza, che vi sia spesso più attenzione alle procedure e al sistema di potere che all'effettiva congruenza delle scelte fatte rispetto ai risultati raggiunti [Wholey, Newcomer, 1997]. Molti propongono un'iniezione di «mercato» e di competizione, per obbligare il sistema pubblico a recuperare in efficienza, qualità e fedeltà del cittadino.

In realtà la competizione può determinare duplicazione di investimenti e sprechi complessivi, oltre che minore equità di accesso e fruizione dei servizi, con problematiche sempre maggiori per le fasce di popolazione a basso reddito e scolarizzazione. Quindi, pur mantenendo una molteplicità di soggetti con ruoli diversificati nel sistema, pur nulla togliendo alle «aziende» che operano in questo sistema, è opportuno che l'amministrazione pubblica si assuma il ruolo di programmazione e pianificazione del sistema stesso e, di conseguenza quello di verifica dei risultati. In quest'ottica, quali strumenti di supporto all'azione di governo, gli strumenti di valutazione della performance multidimensionali appaiono come meccanismi adeguati e necessari al soggetto pubblico. Più problematica e complessa è forse la costruzione della «mappa strategica», ossia delle relazioni di causa ed effetto che sottendono e legano i risultati conseguiti agli input e alle azioni compiute. Questa fase è raggiungibile solo dopo che l'amministrazione pubblica dispone di dati in misura consistente – e per più anni – e svolge la sua azione con un approccio fortemente integrato.

La disponibilità di informazioni per più periodi di misurazione permette di riflettere sull'assetto stesso del sistema sanitario e sugli ambiti di responsabilità assegnati ai diversi soggetti che lo compongono. Infatti, la presenza di un sistema integrato nel suo assetto organizzativo con diverse modalità di azione (network, consorzi, accordi fra i soggetti) necessita di sistemi di valutazione capaci di monitorare la performance non solo dei singoli soggetti che lo compongono, ma anche relativi alla sua interezza come sistema coordinato. In questi





contesti, se i risultati tra gli attori del sistema (nel nostro caso le aziende sanitarie) tendono a registrare risultati e trend simili, è ipotizzabile che tale realtà sia frutto delle politiche adottate a livello di sistema e che la componente di decisione politica ne possa assumere in grande misura gli onori e gli oneri. Se invece i risultati perseguiti registrano rilevanti diversità tra i soggetti monitorati, è probabile che la performance sia determinata dalle scelte del livello aziendale, ossia dai processi, l'organizzazione e la professionalità messi in campo a livello specifico. L'esperienza del sistema di valutazione della performance adottato dalla sanità toscana, a tale proposito porta evidenze interessanti (si veda la terza parte del testo).





SABINA NUTI

LE MISURE DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE

Se è auspicabile che l'amministrazione pubblica si doti, per il governo dei servizi di pubblica utilità per la persona, quali sanità e formazione, di un sistema di valutazione della performance basato su misure multidimensionali, è opportuno approfondire quale struttura questo sistema debba avere e quale tipologia di misure debba includere.

Per valutazione della performance si intende, secondo la definizione di Ouchi [1977], «il processo di monitoraggio dei risultati da comparare con un qualche standard di riferimento che determina 'rewards' o correzioni di linea di azione», intendendola quindi come un processo cibernetico. Questo processo non va inteso come strumento per il controllo gerarchico, tra l'altro poco efficace nelle organizzazioni pubbliche con elevate professionalità caratterizzate da forme di «burocrazia professionale» [Mintzberg 1996], ma come un meccanismo da integrare nell'evoluzione delle forme organizzative del sistema stesso, sempre più complesso e strutturato secondo le logiche di rete orizzontale e di struttura verticale. Si tratta di sistemi capaci di integrare tutti i suggerimenti che gli studi e le esperienze di misurazione della performance basata sui sistemi di contabilità pubblica possono apportare con la cultura e l'approccio della *public program evaluation*, al fine di avere un quadro più rappresentativo del valore, in senso lato, creato per il cittadino [De Lancer 2006].

Queste premesse vanno però contestualizzate nell'ambito sanitario, dove, fin dagli anni Sessanta, è in atto un profondo processo di cambiamento nel concetto e ruolo stesso della medicina. Non vi è dubbio che fino a metà del secolo passato il focus dei servizi sanitari era rappresentato dall'ospedale, e il ruolo dei medici era orientato ad individuare le modalità con cui intervenire su patologie acute e stati infettivi. Fino a pochi anni fa gli investimenti in sanità si sono concentrati soprat-





tutto sugli ospedali, sulle tecnologie e sui trattamenti sanitari sempre più costosi. I bisogni della popolazione si sono però modificati nel tempo: il problema, in molti casi, non era più l'intervento sulla fase acuta della patologia, ma la possibilità di intervenire per tempo in forma preventiva, per agire sulle cause della malattia.

Gradualmente, dal 1960 in poi, nei paesi industrializzati i servizi sanitari hanno subito un profondo riorientamento, dalle cure ospedaliere alla prevenzione, ampliando il raggio di azione verso i servizi di cure primarie e di riabilitazione successiva alla fase acuta [Johnson, Paton 2007]. La missione dei servizi sanitari, ed in particolare della sanità pubblica, non è stata più solo quella di curare durante la fase acuta, ma di intervenire in tutti gli ambiti che possono determinare la malattia al fine di prevenire la patologia laddove è possibile.

Nel 1998 il Ministero della Sanità inglese propose un modello [Acheson 1998], presentato nella figura 1, che vede la rappresentazione di una serie di strati concentrici, corrispondenti ognuno a differenti livelli di influenza sulla salute del cittadino e della popolazione. Al centro c'è l'individuo con le sue caratteristiche biologiche e genetiche, che è influenzato in primo luogo dal comportamento adottato, dagli stili di vita. Questi sono a sua volta influenzati dalla comunità sociale in cui l'individuo vive, nonché dalle condizioni di vita e di lavoro e, per ultimo, dalle condizioni socio economiche e culturali ambientali generali [Stefanini, Albonico, Maciocco 2006].

Con queste premesse il sistema sanitario amplia enormemente il suo spettro di azione, sia in termini di azione diretta che di ambito di influenza, in contatto con altri settori quali il sociale, l'ambiente, ecc. Conseguentemente, anche lo spazio oggetto di monitoraggio nel sistema di valutazione della performance si allarga. Oggetto di misurazione non potranno essere quindi solo elementi relativi agli aspetti organizzativi interni, ma anche fattori del contesto sociale che influiscono sui risultati di salute della popolazione. In questa direzione i sistemi di valutazione della performance in sanità sono ancora all'inizio, in quanto la stessa programmazione in termini ampi, comprensivi anche delle determinanti socio-economiche, ambientali e culturali appare complessa





e ancora agli esordi¹. Nel futuro si prevede, soprattutto nel contesto pubblico, un ulteriore approfondimento delle misure e degli indicatori di contesto sempre più necessari per comprendere i risultati e per connettere le politiche sanitarie ad altri interventi di natura non sanitaria, ma determinanti per gli outcome di salute².

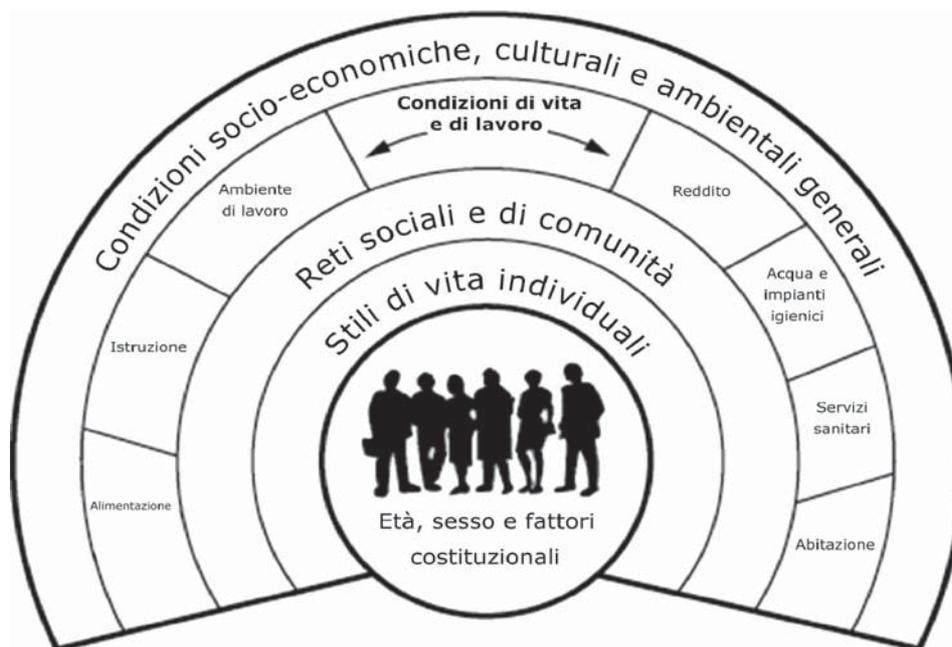


FIG.1. Stili di vita e determinanti dello stato di salute

¹ Nel passato triennio le Società della Salute della Toscana, a questo proposito, in via sperimentale, hanno elaborato il PIS, ossia Piano integrato di salute, proprio con l'obiettivo di proporre un cammino per il miglioramento della salute della popolazione che tenesse conto di tutti i fattori determinanti – in primo luogo le condizioni socio-economiche e culturali.

² Gli esempi in proposito sono infiniti, si pensi alla diffusione della rete di acqua potabile o allo stato della viabilità in un territorio, o ancora al livello di scolarizzazione. Sono fattori non direttamente collegabili alla salute della popolazione, ma sono certamente cause rilevanti.





1. Misure di output e di outcome

Se nel precedente capitolo la riflessione ha riguardato la struttura e i possibili confini del sistema di valutazione della performance nei servizi pubblici, con particolare riferimento alla sanità, un approfondimento merita anche la natura stessa delle misure che possono essere considerate all'interno del sistema, soprattutto in riferimento alla variabile del «tempo».

Nella misurazione dei risultati entrano in gioco molteplici variabili, e l'output realizzato non può e non deve essere «misurato» solo nei suoi aspetti più immediati, come ad esempio il numero delle prestazioni effettuate, ma deve essere «valutato» considerando gli effetti di lungo periodo e indotti (outcomes), anche indiretti [Opit 1993].

Per i servizi come quelli relativi alla salute o alla formazione, infatti, una rilevante complessità deriva dall'impatto del fattore tempo sulla valutazione dei risultati. Come sottolineato da vari autori [Vedung 1997; Rebora 1999], il risultato ottenuto nel breve periodo non è significativo: per verificare l'impatto delle scelte fatte e delle azioni realizzate è necessario verificare l'impatto nel lungo periodo in ottica di «outcome» e non di «output» (fig. 2).

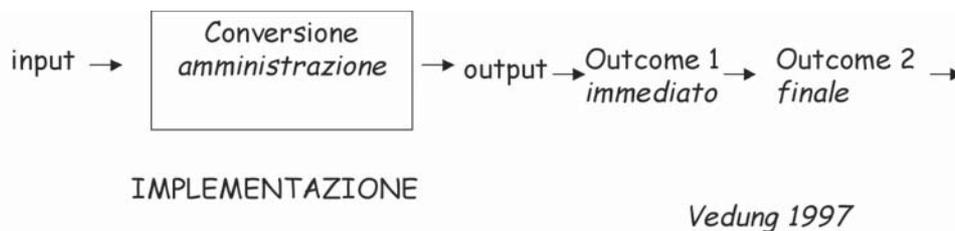


FIG. 2. Il processo amministrativo pubblico per la produzione degli outcome

Di particolare interesse in ambito sanitario è il sistema di misure sviluppato dall'OECD (si veda in proposito la rivista *International Journal for Quality in Healthcare*, vol. 18, September 2006, interamente dedicato all'illustrazione del sistema), dove viene sviluppato un modello concettuale teso a collegare i risultati espressi in termini di salute della





popolazione con le sue determinanti, solo in parte dovute alla qualità e alle modalità di intervento dei servizi sanitari pubblici [Onyebuchi *et al.* 2006].

In termini gestionali è chiaro che i risultati di outcome necessitano di tempi medio lunghi per essere modificati e per questo mal si prestano alla valutazione della performance, soprattutto in termini di responsabilità. Gli obiettivi di outcome raggiunti oggi sono il frutto di strategie e azioni portate avanti dal management degli ultimi anni, non necessariamente l'ultimo in carica. Questa complessità deve essere sempre considerata, ma non deve determinare l'eliminazione degli indicatori di outcome dal sistema. Certamente il sistema degli incentivi al management per i risultati correnti ottenuti non potrà essere basato su questi indicatori di outcome, ma essi saranno fondamentali per la costruzione della «mappa strategica» del sistema di valutazione, in modo da riflettere, nel corso degli anni, sulla validità delle azioni intraprese alla luce degli outcome ottenuti.



2. *Misure oggettive e soggettive*



Oltre alla variabile del «tempo», in cui i risultati possono essere rilevabili, anche la natura delle misure che possono essere incluse nel sistema di valutazione merita una riflessione. Queste possono essere sia misure oggettive che soggettive. Sulle caratteristiche e specificità di ciascuna delle due tipologie di misure, sia nell'ambito degli studi sociali che manageriali, si è molto dibattuto, spesso ritenendo che le misure oggettive siano quelle più affidabili e adeguate per misurare la performance del settore pubblico – in quanto ritenute capaci di riflettere nel modo più obiettivo e meno discrezionale la realtà effettiva misurata [Meier, Brudney 2002]. Per definirsi obiettiva, una misura deve essere prodotta mediante un processo rigoroso e imparziale, e deve poter permettere la verifica della sua accuratezza da parte di un soggetto esterno. Un esempio di misura oggettiva sono i voti scolastici conseguiti dagli allievi (in seguito ad una definizione a priori dei livelli di apprendimento necessari per





lo svolgimento della prova formativa e ai relativi criteri di valutazione) o il numero di studenti promossi o laureati.

Una misura soggettiva deriva invece dai giudizi espressi da soggetti interni o esterni all'organizzazione mediante indagini e interviste in cui la valutazione ha carattere più percettivo, ma che è sicuramente in grado di fornire informazioni e valutazioni che solo i soggetti coinvolti a vario titolo nel processo di erogazione possono fornire. È infatti soltanto l'utente, in tutta la sua specificità e unicità, con le sue particolari esigenze e caratteristiche, che può giudicare il livello di qualità dei servizi che riceve, ossia il loro «valore» [Zeithmal 1988; Mc Laughlin Curtis 2000]. È solo lui che può giudicare la congruenza delle risorse utilizzate dall'organizzazione per erogare i servizi con il risultato ottenuto.

Nelle organizzazioni che operano sul mercato in contesti competitivi, il cliente riesce infatti, con il suo diritto di scelta, ad occupare una posizione di preminenza e di potere tale da indurre le organizzazioni stesse ad impostare tutta la propria azione in termini di risposta ai suoi bisogni. I risultati economico-finanziari di breve termine, ossia in primo luogo il profitto, risultano già indicatori sintomatici della capacità aziendale di essere «efficace», cioè capace di rispondere alle esigenze della domanda. Nella realtà delle istituzioni che erogano servizi di pubblica utilità, che nella maggior parte dei casi operano in situazione di monopolio, le possibilità di scelta del cliente/utente sono estremamente limitate e sicuramente scarsamente facilitate dall'operatore pubblico.

Il cittadino si trova, soprattutto nel contesto dei servizi formativi e sanitari, in situazione di «asimmetria informativa», ossia in possesso di informazioni, conoscenze e competenze assai minori rispetto al soggetto erogatore, e quindi incapace di dare un giudizio consapevole sulla qualità del servizio ricevuto. Questo però non toglie che può fornire molte informazioni sulle modalità con cui il processo di erogazione è stato effettuato dall'organizzazione, oltre che una valutazione sulla capacità di individuazione delle sue esigenze e di adattamento dell'offerta alle proprie necessità [Baccarani 1995]. Troppo spesso infatti, il cittadino esprime forte disagio nei confronti dei servizi pubblici, malati di autoreferenzialità, organizzati





secondo le esigenze del personale dipendente più che secondo quelle degli utenti. Gli esempi sono infiniti: gli orari scolastici organizzati in base alle esigenze dei docenti e non alle capacità di apprendimento degli allievi; l'organizzazione dei servizi ospedalieri, fatta per facilitare i turni degli operatori e non la qualità di vita del paziente – costretto per esempio a mangiare ad orari inusuali o a riposare con i tempi imposti dall'organizzazione. Certo negli ultimi anni, nei rapporti tra pubblica amministrazione e cittadini, è in atto una netta evoluzione: la circolazione delle informazioni, meno costosa e più rapida grazie all'avvento del sistema web, ha modificato nettamente i rapporti di forza tra le due componenti rendendo i cittadini sempre più esigenti e desiderosi di partecipare attivamente anche ai processi di valutazione dei servizi a loro erogati [Callahan, Holzer 1999].

Tra l'altro è ormai dimostrato in molti studi che la partecipazione del paziente al proprio percorso di cura, e la sua responsabilizzazione nel processo decisionale inerente la propria malattia, sono fattori determinanti anche e soprattutto in termini di risultati di salute ottenibili, ma anche relativamente ai livelli di efficienza e appropriatezza raggiungibili complessivamente – ad esempio misurabili in ricoveri evitati [Bartlett 1995; Fries, Koop *et al.* 1998; Patel, Knapp *et al.* 2004].

Il punto di vista dell'utente è quindi sempre più rilevante e le misure derivanti dal suo giudizio, definibili come «soggettive» sono importanti per dare un quadro più ampio e a volte più veritiero sulla qualità dei servizi pubblici. Solo grazie agli utenti possiamo per esempio sapere e misurare se effettivamente il medico di famiglia si sia recato a casa del paziente se richiesto, o se sono state chiare e coerenti le informazioni ricevute durante il ricovero; informazioni che, come vedremo nei capitoli successivi, influiscono sulla qualità sanitaria e possono avere impatto sugli outcome.

Le misure soggettive sono spesso accusate di scarsa validità, ma è da sottolineare che questo problema esiste anche per le misure oggettive (si pensi alla scarsa attendibilità riscontrata in alcuni casi dai dati di bilancio, ritenuti spesso fonti oggettive, anche certificati da soggetti esterni come nei casi recenti di Parmalat o Exxon).





La soluzione auspicabile è l'utilizzo combinato di entrambe le tipologie di misure, consapevoli dei rischi e delle debolezze di ciascuna, analizzando le correlazioni esistenti, utili a leggere in particolare i sistemi complessi quali la sanità [Andrews *et al.* 2006], dove ciascun elemento e ciascuna informazione contribuisce a fornire un pezzetto di un puzzle difficile da comporre.

3. Misure sistematiche e «ad hoc»

Disporre di flussi informativi sistematici, certi e attendibili sia livello aziendale che, ancor più, a livello regionale, richiede tempo e grande sforzo da parte di tutti i soggetti del sistema. Si tratta di un vero e proprio investimento che assorbe risorse in termini di tempo-uomo, tecnologie e sistemi informativi dedicati. Il metodo è quindi da proporre e da realizzare solo per gli aspetti che richiedono attenzione continua nel tempo e in cui il monitoraggio a livello regionale è essenziale per valutare i processi complessivi di miglioramento del sistema sanitario e del livello di salute della popolazione.

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

Si tratta di processi con un orizzonte di analisi molto puntuale e specifico, in cui si ricerca una risposta semplice al quesito base, dove il risultato atteso può anche essere di tipo qualitativo, successivamente trasformabile, se necessario, in termini quantitativi. I tempi attesi per questa risposta



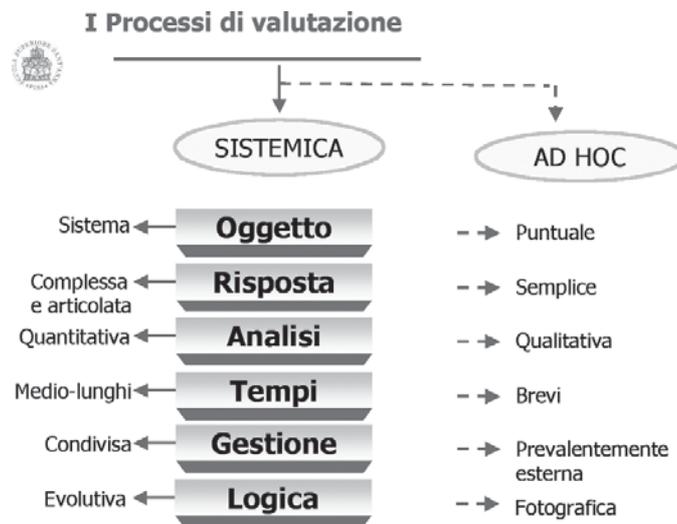


FIG. 3. processi di valutazione «ad hoc»

sono brevi e le modalità con cui si attiva il processo di indagine possono essere anche di tipo esterno, ossia senza il coinvolgimento dei soggetti interni coinvolti nel processo di erogazione dei servizi o nello svolgimento delle attività oggetto di analisi. La logica di effettuazione di questi processi di valutazione ad hoc, in linea con l'essere puntuale e specifica, è quella di fornire una fotografia della situazione indagata e non un «film» con un prima, un durante e un dopo. La misura presenta la situazione del momento così come appare tramite lo strumento di analisi.

In termini metodologici la valutazione ad hoc si realizza in quattro fasi:

- a) la prima fase, in cui viene definito l'obiettivo di indagine, ovvero la problematica che ha determinato la necessità dell'indagine e quale finalità si pone il gruppo di ricerca nello svolgimento dell'intervento. La definizione dell'obiettivo di indagine necessita inoltre dell'esplicitazione dei suoi *descrittori*, cioè degli aspetti specifici che si intende considerare nel processo di valutazione;
- b) la seconda fase, in cui viene definito il piano di intervento, e che comprende la scelta della metodologia da adottare, la definizione dei tempi e delle modalità di svolgimento





- dell'intervento, la definizione dei risultati attesi – ossia cosa ci si aspetta dall'intervento di indagine – ed infine l'eventuale coinvolgimento del responsabile del servizio oggetto di valutazione. «Eventuale coinvolgimento» perché in alcuni casi, per evitare comportamenti opportunistici, può essere opportuno non comunicare l'imminente svolgimento dell'indagine al soggetto responsabile del servizio, mentre in altri casi il coinvolgimento è essenziale, come per esempio per lo svolgimento dei focus, organizzato con i pazienti per valutare le modalità di realizzazione di un percorso assistenziale – e in cui il supporto del responsabile del reparto è fondamentale per il corretto reclutamento dei soggetti interessati;
- c) la terza fase, che prevede lo svolgimento vero e proprio dell'indagine secondo la metodologia e la tempistica previste nella fase precedente;
 - d) la quarta fase, infine, che prevede la restituzione dei risultati, ossia l'elaborazione dei dati raccolti, la predisposizione di un rapporto di sintesi e, dove possibile, l'elaborazione di indicatori anche di tipo qualitativo.

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 strumenti:

- i *focus group*, ossia indagini qualitative con il coinvolgimento di un gruppo di utenti selezionati per discutere su opinioni, valutazioni e percezioni rispetto all'assistenza sanitaria ricevuta;
- le *osservazioni strutturate*, cioè 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*, ovvero 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 di profondità all'utente/paziente seguendo una traccia predefinita.

Il focus group, in particolare, rappresenta uno degli strumenti qualitativi più utilizzati dalle istituzioni sanitarie a livello internazionale, ed uno dei più efficaci per studiare il comportamento degli individui nella propria veste di utente di servizi.

La caratteristica che distingue i focus group da altri tipi di intervista è l'importanza assunta dal dialogo e dal confronto interattivo tra i partecipanti. Ciascuna sessione di focus dura in media circa due ore e trenta minuti. Gli incontri sono caratterizzati da un'elevata partecipazione da parte dei soggetti invitati, gratificati di contribuire al miglioramento della qualità e dell'efficienza dei servizi sanitari.

Il tipo di informazioni e di orientamento ricavabile dai focus group è di notevole importanza, certamente differente da ciò che le aziende possono venire a conoscere tramite i questionari di soddisfazione dell'utenza.

Infatti, il tipo di indicazioni ricavabili da questo strumento è certamente utile perché permette all'azienda di conoscere il grado di soddisfazione dell'utenza rispetto al servizio ricevuto, ma non evidenzia le cause del giudizio. Quando l'azienda rileva che i cittadini hanno valutato il servizio ricevuto come «abbastanza soddisfacente», essa non è in grado di sapere che cosa ha determinato la non piena soddisfazione, che cosa poteva essere migliorato per giungere alla soddisfazione totale. Spesso quindi, dopo aver misurato il grado di soddisfazione degli utenti, non si è in grado di capire cosa fare per poter effettivamente migliorare l'offerta.

Il livello di soddisfazione è inoltre fortemente collegato alle aspettative del paziente: potrebbe essere soddisfatto pur in presenza di servizi di scarsa qualità del servizio semplicemente perché non detiene le competenze per compiere una valutazione efficace o, più semplicemente, perché ha aspettative molto limitate in proposito. Il grado di soddisfazione non è allora più sufficiente ad orientare





la gestione: è necessario che le istituzioni sanitarie si organizzino per diventare «punti di ascolto», per raccogliere sistematicamente le esperienze dei pazienti e farle diventare fonte di apprendimento organizzativo.

La capacità di visione che l'utente ha delle modalità con cui i servizi sono erogati è sorprendente: bastano poche giornate di degenza perché sia in grado, attraverso la descrizione della propria esperienza, di dare una valutazione molto puntuale di quello che avviene nel percorso di cura.

Chi è protagonista del percorso, chi vive sulla sua pelle il servizio, può contribuire con le sue indicazioni all'identificazione di ciò che non funziona e che necessita di un cambiamento.

In questo senso l'esperienza del paziente, raccolta mediante i focus group, diventa uno strumento di grande efficacia nella valutazione dei percorsi assistenziali. Si tratta di uno strumento che non ha la pretesa di avere valore statistico nel rappresentare l'universo dei soggetti utenti. Il racconto di un episodio negativo, che può essere successo solo alla persona che lo racconta, è comunque emblematico e significativo proprio per il fatto che almeno in quella occasione è avvenuto e che il sistema ha permesso che la brutta esperienza si realizzasse. Quell'unica volta, opportunamente segnalata, impone all'organizzazione di interrogarsi su ciò che non ha funzionato e sul come e perché l'episodio sia potuto avvenire.

4. *Misure specifiche e a confronto.*

Il termine *benchmarking* è ormai diventato di uso comune in molti contesti: ma cosa si intende con questo termine e come può essere utilizzato in ambito sanitario?

L'*American Productivity and Quality Center* [Watson 1993] lo definisce nel seguente modo:

«benchmarking is a systematic and continuous measurement process: a process of continuously measuring and comparing an organization's business processes against





business process leaders anywhere in the world to gain information which will help the organization to improve its performance»³.

Si tratta di un sistema che permette a più organizzazioni, attraverso un sistema comune di misure, di confrontarsi sui risultati ottenuti. Esso rappresenta pertanto un sistema di misure che, con continuità e sistematicità, permette a ogni organizzazione aderente di confrontare i propri risultati con quelli di altre organizzazioni che svolgono processi simili. In questo modo è possibile individuare i differenziali di risultato rispetto alle organizzazioni che presentano la performance di maggiore successo, e focalizzare la tipologia e l'entità dei punti di debolezza della gestione in cui cercare il miglioramento della propria performance [Camp 1989; McNair, Leibfried 1992].

Le metodologie di benchmarking nascono dal mondo delle imprese. Esse furono formalizzate originariamente dalla Xerox Corporation per far fronte alla crescente concorrenza giapponese degli anni Settanta. Si definiscono benchmarking perché sono volte all'identificazione di un *benchmark*, ossia di un livello di performance da prendere come riferimento per guidare i processi di riorganizzazione delle aziende. Si tratta di metodologie che hanno permesso alle imprese di scoprire una nuova cultura, fondata sul confronto, superando la logica della pura concorrenza e individuando le imprese eccellenti da cui imparare, così da migliorare i processi con risultati non soddisfacenti.

Il benchmarking ha inoltre il merito di avere spostato l'attenzione delle imprese sempre più verso i sistemi di valutazione delle prestazioni. L'attenzione non è infatti focalizzata sulle responsabilità delle persone che realizzano le varie attività, ma prende in considerazione soprattutto le modalità con cui tali attività sono svolte.

³ «Il benchmarking è un processo di misurazione sistematico e continuo: un processo atto a misurare e comparare in modo continuo i processi aziendali di una qualunque organizzazione con le best practices a livello mondiale, al fine di acquisire informazioni che potranno aiutare a migliorare le performance dell'organizzazione stessa».





Per implementare un sistema di benchmarking è necessario che più organizzazioni si accordino tra loro per individuare, in primo luogo, su quali processi chiave impostare l'analisi di confronto. Quindi è necessario che siano definite, e accettate da tutte le organizzazioni:

- a) le modalità con cui i dati e le misure devono essere rilevate;
- b) il soggetto preposto all'elaborazione dei dati.

Molto spesso questa funzione viene svolta da agenzie esterne quali le Università o gli enti di ricerca che, in questo modo, oltre che fornire un servizio, si riservano un campo privilegiato su cui costruire la conoscenza e l'apprendimento sull'evoluzione dei processi di miglioramento in atto nelle imprese.

I quattro aspetti di maggiore rilevanza che caratterizzano questo nuovo strumento di misurazione sono:

1. la prospettiva di osservazione;
2. l'oggetto del confronto;
3. lo spazio del confronto;
4. le logiche di definizione degli obiettivi.

La prospettiva di osservazione dei risultati dei tradizionali sistemi di controllo tende a considerare i risultati e le prestazioni guardando *all'interno e all'indietro*, ossia osservando la performance raggiunta in una logica incrementale rispetto al passato, valutando il trend di miglioramento conseguito considerando sempre e solo i risultati interni del passato, con il rischio di definire obiettivi di miglioramento potenzialmente inficiati da pregressi livelli di inefficienza ed inefficacia.

Nel benchmarking le organizzazioni modificano invece la prospettiva di osservazione dei risultati e delle proprie prestazioni, guardando *all'esterno e in avanti*.

Le organizzazioni confrontano infatti le loro performance e quelle conseguite da altre organizzazioni che hanno costruito il proprio successo sull'eccellenza nella gestione di





alcuni processi. Si tratta quindi di *confronto con l'esterno*, che espone l'organizzazione ad una verifica immediata e oggettiva degli spazi di miglioramento individuati e delle soluzioni adottate, e *in avanti*, in quanto il confronto si realizza rispetto non al passato, ma ad una soluzione adottata da altre organizzazioni che, potenzialmente, può portare a risultati di eccellenza.

Per quanto concerne «l'oggetto del confronto», nei tradizionali sistemi di controllo esso segue la logica organizzativa: il sistema di misure è strutturato per obiettivi e risultati propri per ogni livello gerarchico, seguendo l'organigramma delle responsabilità aziendale. Il benchmarking, al contrario, pone l'attenzione non sulle *funzioni*, cioè sulle persone che svolgono le attività, ma sul «come» le attività sono realizzate, ossia sui *processi* gestionali, con l'obiettivo di individuare le soluzioni organizzative e le prassi manageriali che si connettono ai migliori livelli di performance riscontrati. Presupposti quindi al sistema di benchmarking sono l'individuazione dei processi chiave e la misurazione delle loro prestazioni.

Nei sistemi di controllo tradizionali lo *spazio del confronto* è spesso inesistente, in quanto l'organizzazione monitora solo i propri risultati. Al massimo le imprese includono qualche indicatore relativo ad aziende che sono dirette concorrenti, come ad esempio la quota di mercato e il tasso di crescita del fatturato.

Nel benchmarking la ricerca delle migliori prassi allarga lo spazio del confronto spingendo la ricerca di soluzioni eccellenti al di fuori della zona competitiva classica. Questo permette di ampliare significativamente il potenziale di apprendimento senza rischiare quei comportamenti imitativi che sono spesso determinati dal confronto diretto con i concorrenti.

Nei sistemi tradizionali infine, un aspetto critico è rappresentato dall'individuazione del giusto equilibrio tra i gradi di difficoltà dell'obiettivo proposto e la sua realizzabilità. Se l'obiettivo si discosta troppo dai risultati del passato, il sistema rischia di perdere credibilità e di non motivare più le persone. Quando invece gli obiettivi vengono definiti in seguito ad un processo di benchmarking condotto con altre





organizzazioni, si abbandonano le confutazioni relative alla realizzabilità degli obiettivi per spostarsi sull'individuazione di condizioni e soluzioni organizzative che devono essere attivate per conseguire i livelli-obiettivo di prestazione.

vantaggi

- Standard di performance individuati in coerenza al sistema delle esigenze/bisogni del cliente/utente
- Formulazione di obiettivi qualitativi di realistico raggiungimento, in quanto già realizzati nella prassi delle aziende migliori
- Costante e sistematico processo di revisione del sistema delle operazioni svolte
- Riduzione del tradizionale atteggiamento di resistenza al cambiamento del management
- Incentivo alla creazione di consenso nel processo di formulazione degli obiettivi
- Implementazione di modalità operative altrimenti non individuabili se non confrontandosi con l'esterno
- Marcata propensione a recepire forme di innovazioni gestionali ed organizzative secondo un'ottica customer driveng
- Migliore qualità delle informazioni utili per le decisioni
- Maggiore correttezza nella valutazione del reale orientamento al cliente/utente
- Agevole individuazione delle aree critiche della gestione
- Facilitazione delle relazioni tra le diverse unità organizzative aziendali grazie all'impiego di gruppi di intervento interfunzionali
- Favorisce nel management la consapevolezza relativamente alla produttività e alla qualità
- Origina un processo di apprendimento in grado di autoalimentarsi
- Può essere applicato alle tre determinati essenziali della performance aziendale, vale a dire: costi, tempi e qualità

svantaggi

- Se erroneamente impiegata tale tecnica rischia di ridursi ad una semplice analisi di indicatori di performance
- In quanto coinvolgente l'intero processo aziendale, richiede un periodo di tempo non breve per produrre efficaci risultati.
- Occorre prevedere un costante processo di progressivo apprendimento da parte dell'intera struttura organizzativa
- Richiede la presenza di un efficace sistema di comunicazione

FIG. 4. Vantaggi e svantaggi del benchmarking





Nella figura 4 è mostrata una sintesi dei fattori di vantaggio e di svantaggio che l'introduzione del benchmarking può determinare.

Nel contesto sanitario pubblico lo strumento del benchmarking appare essenziale [Banchieri et al, 2005; Barretta, 2005], anche se non sostitutivo delle misure specifiche che ciascun soggetto del sistema può ritenere opportuno inserire nel proprio sistema di valutazione della performance. In un ambito in cui si tende ad attivare strategie collaborative e non competitive tra gli attori del sistema, il benchmarking, ossia l'insieme delle misure a confronto, rappresenta lo strumento fondamentale per evitare l'autoreferenzialità e per attivare processi di apprendimento dalle *best practice*. In molte dimensioni, come vedremo nei capitoli seguenti, non esistono standard di riferimento su cui basare la valutazione, e le organizzazioni possono solo verificare se il risultato ottenuto sia migliore o peggiore rispetto all'anno precedente. Questo tipo di approccio può essere estremamente riduttivo, in quanto tende a monitorare solo gli interventi di miglioramento incrementali rispetto ad una struttura e ad un assetto dato, ma impedisce di verificare se l'impostazione complessiva sia corretta, adeguata e sostenibile. Se ad esempio un servizio ottiene il 70% di utenti soddisfatti, con un miglioramento di due punti percentuali rispetto all'anno precedente, si può pensare di aver ottenuto una buona performance in termini specifici di trend, ma la valutazione si modifica sostanzialmente se si scopre che rispetto ad altri servizi comparabili – come struttura e missione in territori limitrofi – il servizio risulta essere quello con il risultato più basso di utenti soddisfatti. Non solo. Risultati nettamente differenti a parità di risorse e condizioni di funzionamento possono evidenziare soluzioni organizzative sostanzialmente differenti, adottate da altri soggetti del sistema a cui l'azienda non aveva pensato, troppo spesso impegnata ad introdurre solo miglioramenti marginali e non cambiamenti organizzativi sostanziali. Su questo aspetto parte della responsabilità, nelle grandi aziende pubbliche, deve essere imputata al sistema di budget, troppo spesso usato come strumento di potere interno, orientato solo quasi esclusivamente alla distribu-





zione delle risorse tra le unità organizzative e molto poco alla capacità di risposta ai bisogni dell'utenza [Nutti, 1996]. L'autoreferenzialità di tali sistemi aziendali blocca l'innovazione e i processi di miglioramento, perché l'istituzione tende inesorabilmente a convincersi di non poter fare di meglio e di aver già provato tutte le possibili soluzioni. Per mantenere nelle mani pubbliche il sistema sanitario quale unico soggetto, in presenza di asimmetria informativa tra utente ed erogatore – che possa essere garante del bene per il cittadino –, diventa essenziale adottare il *confronto* con l'esterno quale metodo di lavoro permanente. Confrontarsi seriamente tra istituzioni dello stesso sistema a livello regionale e nazionale, ma anche su scala internazionale, sui numeri, sulle scelte e sui risultati, in modo trasparente e pubblico, non è soltanto il modo con cui il sistema pubblico può e deve rendere conto ai cittadini della sua azione, ma rappresenta anche lo strumento essenziale per imparare, per individuare le proprie debolezze e affrontarle con coraggio. Ben vengano quindi i sistemi di benchmarking sui risultati, le indagini con i sistemi a confronto, ma anche lo studio di altre realtà per trovare spunti di miglioramento. Bisogna puntare su una sanità pubblica fiera di esserlo e capace di usare il confronto come metodo di lavoro per mettersi in discussione e migliorare la propria azione.

L'utilità del confronto è ancora più rilevante in quanto le aziende sanitarie sono organizzazioni ad alto livello di professionalità, dove conta molto la reputazione e la stima dei colleghi. Per molti rappresenta l'unica vera leva per attivare il cambiamento, molto più della gerarchia che, al contrario, ha scarsa influenza sui comportamenti dei professionisti.

Inoltre, dal confronto è possibile misurare con un elevato livello di attendibilità l'entità degli spazi di miglioramento percorribili. Dall'analisi della performance conseguita dagli altri e dalla misurazione degli «spazi» tra il risultato conseguito dalla singola azienda e dagli altri soggetti a confronto, è infatti possibile individuare gli obiettivi effettivamente perseguibili perché già raggiunti nel sistema. Grazie a questa metodologia, come descritto nella parte terza, è stato possibile individuare nel sistema sanitario toscano, per ciascuna





azienda, non solo i risultati valutati a confronto, ma anche gli spazi di miglioramento conseguibili da ciascun soggetto nel caso fosse in grado di perseguire la best practice regionale – o almeno raggiungere la media regionale. Tale metodologia appare di notevole utilità, soprattutto in quegli indicatori che misurano variabili che hanno impatto nell'utilizzo delle risorse economiche. In questo caso infatti, ciascuna azienda riesce non solo ad identificare obiettivi realistici, ma soprattutto a valorizzare in termini economici l'entità delle risorse che può recuperare se è in grado di raggiungere la best practice o almeno la media regionale.

È evidente che le sole misure a confronto non bastano, anche perché queste sono nella maggior parte dei casi focalizzate sui risultati. Ciascuna istituzione del sistema dovrà integrare queste misure di confronto con altre proprie e specifiche, orientate a monitorare le modalità con cui l'organizzazione ha ottenuto il risultato, frutto di specifiche strategie e decisioni di assetto di competenza di ciascuna direzione aziendale o istituzione pubblica.







SABINA NUTI

L'INTEGRAZIONE CON GLI ALTRI MECCANISMI OPERATIVI

Riflettere sugli elementi che costituiscono la struttura del sistema di valutazione della performance nel contesto della sanità pubblica non deve far immaginare che lo strumento sia pensato come esaustivo dei fabbisogni presenti nel settore in termini di management. Esso rappresenta certamente uno strumento fondamentale e forse anche centrale nella gestione delle istituzioni sanitarie, ma che necessita, per fornire la massima utilità, di essere integrato con gli altri meccanismi e strumenti di management, soprattutto inerenti il campo della gestione delle risorse umane.

Kelman [2006] sottolinea la necessità di orientare in modo significativo la ricerca nell'ambito del management pubblico sui fattori che determinano la scarsa produttività del settore pubblico e sulle azioni gestionali che possano congiuntamente migliorare la situazione. Egli evidenzia che il sistema pubblico, malato di autoreferenzialità, negli ultimi 50 anni ha erogato prestazioni con sempre più scarsa produttività, adottando comportamenti tesi a dimostrare che le carenze del servizio erano determinate più dall'inadeguatezza quantitativa, da parte del soggetto politico, delle risorse allocate allo scopo, che dal risultato derivante da azioni inefficienti ed inadeguate. Anche in Italia si registra negli ultimi anni un vero e proprio movimento scientifico e culturale su questo tema. In termini scientifici si pensi alla ricerca condotta negli ultimi 15 anni da molti sui sistemi di *governance* e di controllo del settore pubblico (tra gli altri, Farneti 1995, 1996; Borgonovi 1996); in termini culturali invece si prenda spunto dalla posizione assunta da noti pubblicisti su alcuni quotidiani¹

¹ In particolare si fa riferimento al Corriere della Sera, che da anni sostiene, con articoli a cadenza quasi quotidiana, una campagna di moralizzazione contro gli sprechi, le inefficienze, ma anche i privilegi della pubblica amministrazione.





contro la «cattiva» gestione delle risorse umane, la mancanza di responsabilità da parte della dirigenza e la presenza di sacche di inefficienza e di privilegio ormai percepite inaccettabili dall'opinione pubblica.

Molti autori [Ichino 2003, 2007; Tardiola 2006, Vagnoni e Periti 2007] hanno sottolineato come sia ancora possibile una via di risanamento della pubblica amministrazione che punti sul merito, la trasparenza e la responsabilità. La caratteristica pubblica deve essere proprio l'elemento che impone all'amministrazione un maggiore rigore nell'applicazione etica delle norme contrattuali, evitando qualsiasi copertura a comportamenti opportunistici lesivi, in ultima istanza, dei diritti della collettività.

Per contrastare l'implosione dei servizi pubblici verso modelli sempre più statici e incapaci di rispondere adeguatamente ai bisogni dei cittadini e di «creare valore», in molti paesi è stato dato spazio alla «scelta del cittadino», ossia si è tentato di creare condizioni di concorrenza tra erogatori che potessero spingere le istituzioni pubbliche verso una maggiore produttività e qualità².

Accanto alle strategie citate, in molti propongono l'implementazione di sistemi di valutazione dei risultati per incidere maggiormente sulla motivazione delle istituzioni pubbliche in quanto, malgrado il possibile ruolo che l'utente può avere, rimane la percezione di scarsa performance dei sistemi pubblici.

Hood [1999, 2007] evidenzia che negli ultimi anni a questi sistemi di valutazione molti politici riformisti dedicano grande attenzione e identifica tre tipologie di riferimento: *intelligence systems*, ossia sistemi tesi soprattutto a fornire un quadro di sintesi dei risultati e del contesto in cui le organizzazioni si collocano – *background information*; *targets systems*, in cui sono definiti obiettivi misurabili in termini quantitativi ed i tempi in cui questi devono essere conseguiti;

² Si pensi, per l'Italia, all'impostazione del sistema sanitario lombardo, che si pone più come «regolatore» del sistema lasciando al paziente la libertà di scegliere l'istituzione a cui rivolgersi. Sulla base delle scelte dei cittadini vengono allocate le risorse, utilizzando lo strumento della «tariffa» per riorientare la produzione sanitaria nel caso di inappropriatazza.





e *rankings systems*, in cui la performance di ogni istituzione è misurata in modo aggregato e graduato in modo da segnalare chiaramente se il risultato ottenuto è positivo o negativo. Un esempio di sistema *intelligence* è quello applicato in Scozia negli ultimi anni; il sistema *Target* invece è stato implementato in Galles, mentre il sistema *Ranking* in Inghilterra – si veda in proposito il capitolo di Bevan in questo stesso volume, nella parte seconda. Quest'ultimo sistema prevede una valutazione espressa in stelle per tutte le istituzioni e una pubblicazione su web e su carta dei risultati ottenuti [Health Care Commission 2005]. Esso rappresenta, tra i tre sistemi della Gran Bretagna, quello che ha registrato la più elevata percentuale di miglioramento, riuscendo a spingere le organizzazioni a cambiare velocemente ed efficacemente. I fattori fondamentali su cui questo sistema si è basato sono sia la netta classificazione delle istituzioni tra quelle «valorose» – capaci di creare valore aggiunto basato sulla qualità delle prestazioni erogate in condizioni di sostenibilità economica – e quelle «inefficaci», sia il rendere pubblica questa netta classificazione. La pubblicazione dei risultati infligge un danno rilevante in termini di reputazione sia per i manager responsabili della gestione delle istituzioni che conseguono una bassa performance, sia per i professionisti sanitari che in essa operano. La propria immagine e la stima dei colleghi e del contesto sociale in cui si opera, per il personale sanitario rappresentano fattori di grande rilevanza, e la capacità di influire sui processi di cambiamento delle istituzioni sanitarie da parte dei sistemi di valutazione è per molti [Bevan 2007] strettamente connessa alla capacità di tali sistemi di infliggere un danno alla reputazione. La stima e la reputazione sono infatti valori di riferimento per questo settore e rappresentano fattori che influiscono sui comportamenti molto più dei sistemi di incentivazione classica.

Perché i sistemi di valutazione fondati sul *Ranking* siano efficaci, è fondamentale che siano basati su fonti sistematiche e rigorose di dati, in cui non vi sia spazio per la manipolazione dell'informazione da parte del valutato al fine di ottenere una migliore performance. Quando questo avviene, infatti, significa che il sistema è stato mal progettato ed ha lasciato varchi





aperti ai comportamenti scorretti finalizzati a massimizzare il vantaggio personale. Il fenomeno, definito *gaming* nel contesto anglosassone – o meglio, si tratta di tentativi di gaming da parte degli operatori per «giocare» il sistema di rilevazione dei risultati e ottenere ottime performance senza aver adottato comportamenti differenti, ma solo modificando la rilevazione delle operazioni oggetto di misurazione – è assai comune e per molti rappresenta il segno che il sistema di misurazione funziona e ha forte impatto sugli operatori. Non deve quindi scandalizzare la presenza di tali tentativi, presenti anche nei sistemi di *budgeting* interni aziendali. L'importante è che siano prontamente identificati e «puniti» con severità, altrimenti è a rischio la credibilità dell'intero sistema.

Tema differente è invece il dibattito, che deve rimanere sempre aperto nelle organizzazioni, sulla significatività delle misure identificate per monitorare i risultati. Queste, per loro stessa natura, non sono mai esaustive, ma sempre rappresentative di un aspetto del fenomeno misurato. Servono all'organizzazione per segnalare l'evoluzione dell'aspetto monitorato e per attivare un processo di analisi delle determinanti, al fine di attuare comportamenti tesi alla massimizzazione dei risultati. Lo stesso risultato può essere spesso misurato attraverso più di un indicatore. Può essere utile quindi modificare nel tempo l'indicatore proprio per evitare fenomeni di gaming.

Infine, sempre per garantire la massima efficacia, in molti casi il sistema di valutazione dei risultati è integrato con i sistemi di incentivazione, per lo più di natura finanziaria. Particolarmente noto il sistema adottato negli ultimi anni in Gran Bretagna per la medicina di base [Roland 2004], che ha determinato un incremento molto rilevante dei compensi percepiti dai medici di famiglia. Il sistema aveva infatti legato parte della retribuzione al perseguimento di obiettivi di qualità relativi in particolare alla cura dei pazienti cronici. Con un approccio maggiormente orientato alla prevenzione per tale tipologia di pazienti, il sistema sanitario inglese contava infatti di migliorare la qualità degli outcome sanitari, ma anche di ridurre il fenomeno dell'ospedalizzazione inappropriata e di recuperare quindi risorse finanziarie. Effettivamente, come già da molti sottolineato





[Chaix-Couturier *et al.* 2000], l'incentivazione finanziaria ha influito notevolmente sui comportamenti dei medici, che, oltre le previsioni, hanno raggiunto gli obiettivi definiti in oltre l'80% dei casi, determinando un notevolissimo esborso di risorse per il sistema sanitario inglese. L'errore è stato probabilmente causato da una non corretta misurazione del punto di partenza, ossia dei comportamenti adottati già dai medici di famiglia inglesi, e, conseguentemente, all'identificazione di obiettivi non particolarmente sfidanti per questi operatori. Certamente però l'esperienza inglese ha ancora una volta confermato come l'integrazione della valutazione con i meccanismi di incentivazione economica determini un'ulteriore forza al sistema come strumento di governance e di orientamento dei comportamenti degli operatori. Nei prossimi paragrafi verrà quindi approfondito il tema dei meccanismi operativi di natura organizzativa, con particolare riferimento a quelli di incentivazione economica.

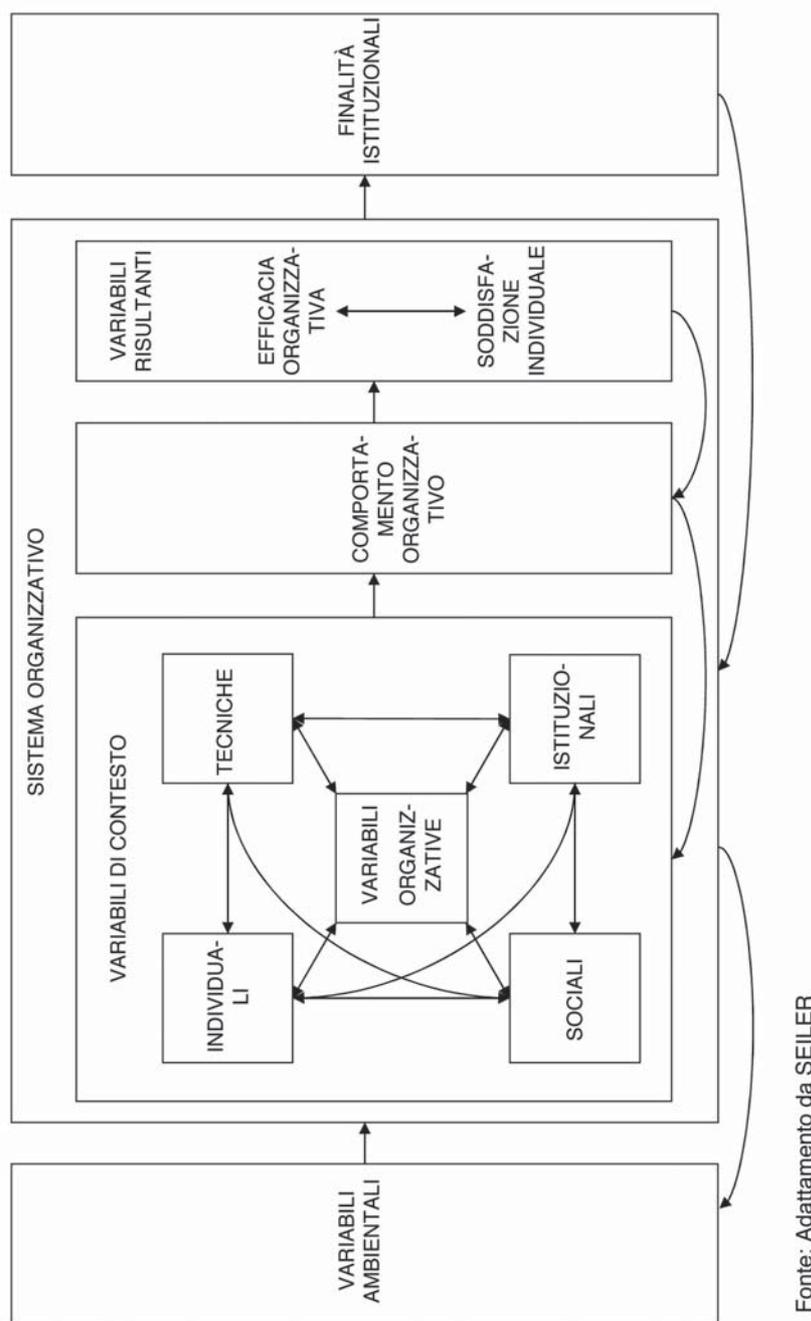
1. *I meccanismi operativi di natura organizzativa*

Rugiadini [1978] definisce i meccanismi operativi come «l'insieme dei processi che fanno funzionare operativamente il sistema organizzativo, inducendo adeguati stimoli al comportamento». Si tratta quindi dell'elemento dinamico dell'organizzazione che permette alla struttura, stabile nella sua definizione di ruoli e posizioni, di agire e di muoversi verso gli obiettivi definiti.

Ripartendo dal modello proposto da Seiler [1967], rappresentato nella figura seguente, il sistema organizzativo è influenzato da variabili esterne ambientali. Al suo interno sono inoltre presenti variabili di contesto, ossia quelle individuali, sociali, istituzionali e tecniche che, combinate con quelle più prettamente di natura organizzativa, determinano il comportamento organizzativo del soggetto in esame che, a sua volta, ha impatto sulle variabili risultanti, ossia efficienza organizzativa e soddisfazione individuale. Infine, una combinazione di queste due ultime variabili permette all'organizzazione di perseguire la propria finalità istituzionale.



All'interno delle variabili organizzative – ossia tra quei fattori che combinati con le variabili di contesto permettono all'organizzazione di muoversi verso il perseguimento della propria missione –, troviamo insieme ai meccanismi operativi, l'assetto organizzativo e lo stile di direzione del management.



Fonte: Adattamento da SEILER

FIG. 1. Il sistema organizzativo



Le modalità con cui è definita la struttura dell'organizzazione, ossia gli elementi di base – e stabili – del sistema di ruoli con cui si articola il sistema organizzativo, esprimono i criteri di fondo con cui viene attuata la divisione del lavoro tra i diversi operatori. Per stile di direzione del management si intende invece l'articolazione e le modalità di funzionamento del sistema di potere organizzativo interno, ossia le basi dell'autorità e il modo in cui questa viene gestita nell'organizzazione. Tra struttura e potere dell'organizzazione si pongono i meccanismi operativi [Airoldi 1980] che sono normalmente gestiti dalla tecnostruttura [Costa, Gubitta 2004].

Il loro ruolo è di supportare la guida strategica e il controllo sia delle attività che degli operatori, nonché di far funzionare il sistema organizzativo facilitando i processi di integrazione e coordinamento.

Secondo Rugiadini i meccanismi operativi riguardano i seguenti processi:

- *processi di comunicazione*, sia relativamente alla diffusione dei contenuti stessi dei meccanismi operativi, sia relativamente alla vita dell'organizzazione;
- *processi di decisione*, intesi come processi di pianificazione e programmazione per l'elaborazione dinamica delle scelte;
- *processi di coordinamento*, intesi a garantire l'integrazione e la coerenza dei comportamenti e delle azioni delle diverse unità organizzative che compongono l'azienda;
- *processi di controllo*, relativi ai sistemi adottati per la misurazione e la verifica dei risultati conseguiti e le conseguenti azioni correttive opportune;
- *processi di valutazione*, relativamente al contributo fornito dagli operatori come base per erogare incentivi ed eventuali disincentivi.

I meccanismi operativi – che Airoldi definisce sistemi operativi, confronta figura n. 2 – rappresentano quindi delle vere e proprie «norme sociali» valide all'interno dell'organizzazione e introdotte allo scopo di produrre una «pressione





organizzativa» sui comportamenti degli operatori al fine di perseguire gli obiettivi dell'azienda.

È grazie al loro funzionamento combinato che la struttura organizzativa è in grado di esplicitare la sua finalità e l'azienda nel suo complesso di muoversi, verso il perseguimento dei suoi obiettivi, garantendo congiuntamente anche attenzione alla prospettiva motivazionale individuale. Tanto più, infatti, i meccanismi operativi riescono a tener conto delle variabili individuali, ossia delle caratteristiche e degli obiettivi degli operatori, tanto più efficace sarà l'azione a livello complessivo dell'organizzazione. La validità dei meccanismi operativi adottati dall'azienda si basa proprio sulla loro capacità di adattamento, da un lato agli individui che operano nell'organizzazione – portatori di un bagaglio unico di valori, esperienze e aspettative personali –, dall'altro alle strategie che l'azienda intende perseguire. Nella misura in cui l'organizzazione è in grado di soddisfare entrambi, operatori e azienda, riuscirà a perseguire i suoi obiettivi strategici.

Sistema operativo	
Pianificazione	Sistema globale orientato alla variabile critica; partecipazione
Programmazione E controllo	Ampia diffusione, scarsa articolazione, partecipazione, standardizzazione delle eccezioni da interdipendenza; trasparenza
Valutazione dei Risultati	Ricompense di gruppo e di impresa; esplicita definizione / valutazione/ricompensa delle funzioni di integrazione
Retribuzione	Omogeneità dei fattori di valutazione delle mansioni: relativa uniformità dei sottosistemi e dei livelli retributivi
Carriera	Rotazioni e trasferimenti; sentieri intercomunicanti, passaggi obbligati comuni
Formazione	Sistema diffuso ed esteso oltre le competenze professionali specialistiche; sviluppo di specifiche capacità di «interazione» in sede di selezione
Dinamica del Personale	Ingressi omogenei; analisi delle capacità di interazione in sede di selezione
Decisione	Di gruppo; relazioni laterali
Informazione	Sistema globale integrato e/o sistema articolato con sottosistemi di integrazione

FIG. 2. Tratto da [Airoldi 1979]





2. *Il sistema di incentivazione*

Tra i meccanismi operativi meritano particolare attenzione in questa sede quelli di valutazione relative alla modalità con cui si valutano le prestazioni degli operatori, in termini di erogazione di incentivi o disincentivi. I primi, pur se concettualmente identici ai secondi, sono finalizzati a favorire dati comportamenti del soggetto a cui sono indirizzati – ad esempio un aumento della retribuzione –, mentre i secondi indicano una pressione a evitare comportamenti che altrimenti potrebbero manifestarsi – come ad esempio sanzioni disciplinari.

Fin dall'inizio degli anni Ottanta molti autori [Amigoni 1979, Ouchi 1979, Flamholtz 1979] hanno sottolineato che per rafforzare la capacità aziendale di perseguire gli obiettivi strategici è opportuna un'integrazione sistematica tra i meccanismi di programmazione e controllo e quelli di incentivazione. I primi da soli, con una logica razionale e meccanicistica, sono spesso risultati inefficaci se non accompagnati da strumenti capaci di attivare la motivazione del personale, dare priorità alle azioni, orientare i comportamenti personali e focalizzare l'impegno di tutti verso gli obiettivi aziendali.

Se ormai l'integrazione tra sistema di programmazione e controllo e sistema di incentivi appare un fatto generalmente condiviso anche nella prassi [Greve 2003], assai più complesso è definire le modalità con cui questo può avvenire, sia nel pubblico che nel privato, e ancora quali siano gli elementi di garanzia della loro efficacia. La progettazione non attenta di tali meccanismi può rendere elevato il rischio di incoerenza del sistema [Bubbio 1988], con il risultato di spingere l'azienda a conseguire un obiettivo diverso da quello atteso.

In primo luogo è opportuno chiarire che il sistema di incentivi da integrare con la valutazione dei risultati deve essere definito in molteplici aspetti:

- nella *forma*, che può essere esplicita, ossia formalizzata, oppure implicita, definita nelle relazioni di accordo tra gerarchia ed operatore;





- nel *riferimento organizzativo*, che può essere il singolo individuo oppure l'unità organizzativa di appartenenza oppure l'intera azienda;
- nella *profondità*, ossia il grado di penetrazione nell'organizzazione che può vedere coinvolte solo le posizioni apicali oppure giungere fino al singolo dipendente;
- nella *composizione*, ossia nel mix su cui è calcolato l'incentivo che può basarsi su diverse tipologie di obiettivi.

L'insieme delle decisioni rispetto ai punti precedenti fa sì che il sistema di incentivi di un'azienda sia efficace nella misura in cui risulta coerente con la cultura e i valori degli operatori da un lato e con i risultati attesi dall'azienda dall'altro.

Perché il sistema funzioni, infatti, (vedi fig. 3) e gli incentivi portino ai risultati voluti, è importante in primo luogo che i sistemi di programmazione e controllo annuale (budget e reporting) siano coerenti con la strategia aziendale. Troppo spesso accade infatti che l'azienda voglia perseguire una determinata strategia e invece vi siano orientamenti contrastanti nei budget operativi delle singole unità organizzative. Nel contesto sanitario è tipico l'esempio delle aziende che puntano sull'attivazione dei percorsi assistenziali riconoscendo – nella continuità assistenziale e nei processi di umanizzazione con al centro i bisogni dell'utenza – il cambiamento strategico fondamentale da attivare. Queste aziende poi, in fase di budget, continuano a governare le unità organizzative esclusivamente con obiettivi di efficienza e volume di prestazioni erogate. Le misure di qualità e di processo, ossia gli indicatori capaci di misurare le capacità di lavorare in squadra e di coordinare gli interventi nel percorso del paziente, sono ancora largamente assenti dai sistemi di programmazione e controllo delle aziende sanitarie. I consultori, per esempio, sono spesso valutati sul numero di primipare che partecipano al corso di preparazione alla nascita e forse sulla qualità percepita dalle partecipanti di questa fondamentale attività, ma assai raramente sono valutati in base al numero di donne che, dopo aver partecipato al corso e partoriscono nell'ospedale dell'azienda valutano po-



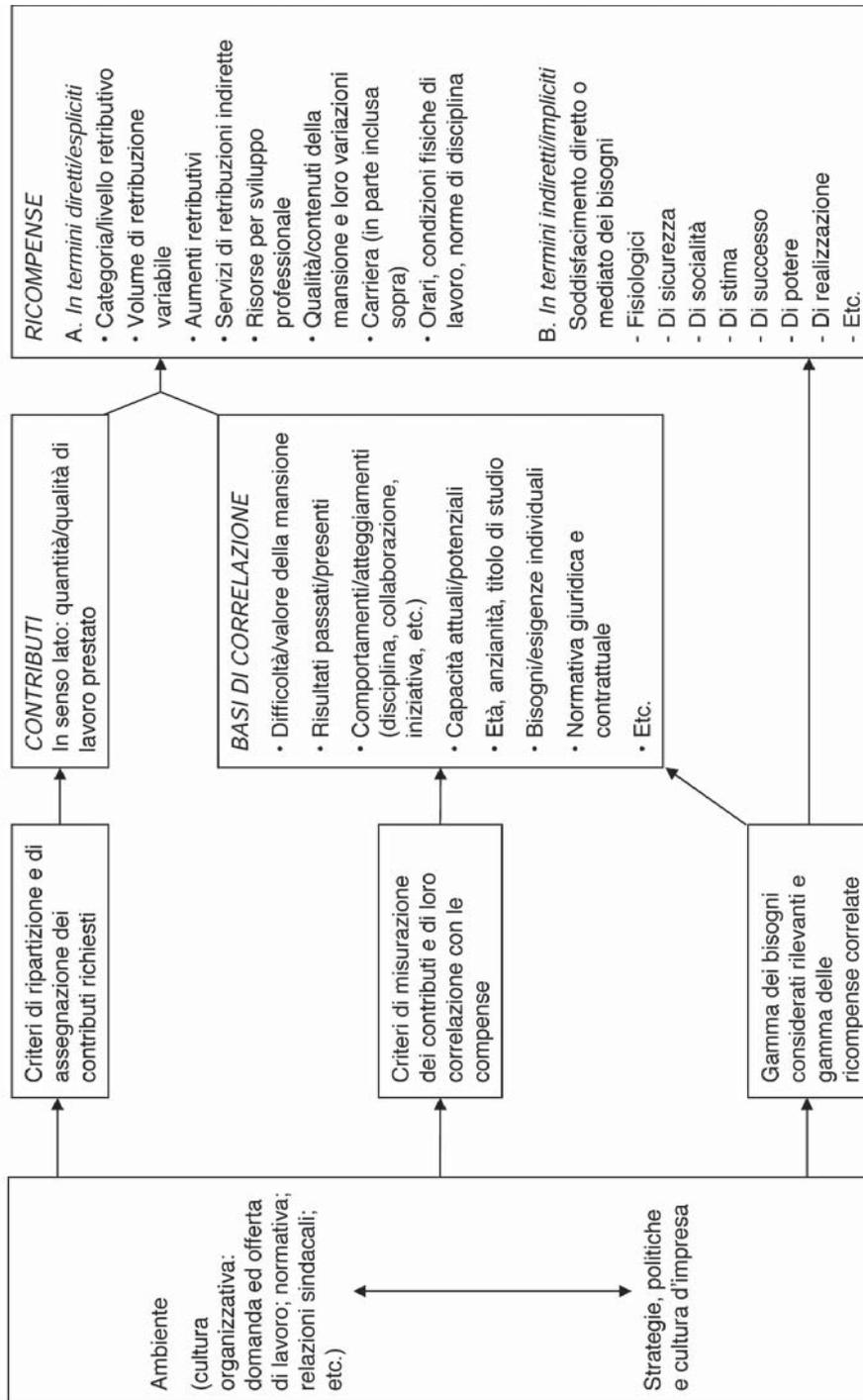


FIG. 3. Il sistema di incentivazione. tratto da [Airolti 1980]





sitivamente il coordinamento tra le fasi del percorso seguito tra territorio e ospedale. Troppo spesso succede che nella stessa azienda si diano indicazioni contrastanti, mettendo in difficoltà le donne e non curando il coordinamento e l'integrazione del percorso assistenziale.

Analoghi esempi li riscontriamo quando in sede strategica si evidenzia il ruolo della qualità del servizio e successivamente, in sede di budget, si misurano solo obiettivi di efficienza e di produttività. Questi ultimi rischiano di essere i soli a orientare il comportamento degli operatori a scapito dell'obiettivo strategico, magari sbandierato in sede pubblica.

Se invece vi è coerenza tra strategia e budget, un ulteriore problema potrebbe nascere nella definizione del sistema di ricompense ed incentivi. Questo deve essere in linea con il budget, ossia strettamente collegato agli obiettivi definiti per l'unità organizzativa di appartenenza, anche se non in forma esaustiva. Inoltre il sistema di incentivazione definito dovrà essere motivante. Si ricorda che l'incidenza degli incentivi sulla retribuzione dovrà essere calcolata tenendo presente che una percentuale troppo bassa rischia di essere non determinante nella modifica dei comportamenti degli operatori. In questo caso il raggiungimento degli obiettivi sarebbe potuto avvenire anche senza questo strumento. Il costo degli incentivi rappresenterebbe una perdita secca per l'organizzazione, in quanto i risultati sarebbero stati conseguiti ugualmente. L'incidenza percentuale sul totale della retribuzione non può essere nemmeno troppo elevata, altrimenti il rischio di focalizzazione univoca dei comportamenti sul solo raggiungimento degli obiettivi oggetto di incentivazione rappresenta una minaccia più che un'opportunità. Individuare e proporre una misura all'interno di un'organizzazione è già uno strumento estremamente efficace per attirare l'attenzione degli operatori sull'oggetto della misurazione. Se poi l'obiettivo monitorato è ulteriormente sostenuto da un incentivo specifico, la concentrazione dell'impegno verso questo risultato diventerà ancora più forte. Se infine questo incentivo pesa oltre il 20% della retribuzione, il rischio è che l'operatore concentri la propria attenzione esclusivamente



su questo obiettivo, perdendo di vista il contesto stesso in cui il risultato atteso è inserito.

Qualsiasi misura selezionata per monitorare un obiettivo non è mai esaustiva nella rappresentazione del fenomeno misurato. Normalmente il management seleziona gli indicatori che meglio rispondono a una serie di requisiti, tra cui:

- la significatività relativa rispetto all'obiettivo da monitorare;
- la facilità di misurazione con algoritmi semplici e comprensibili dagli operatori;
- la reperibilità del dato.

Questi requisiti, pur importanti, non garantiscono però la capacità dell'indicatore di misurare l'universo – ossia il numero è sempre una semplificazione più o meno significativa della complessità della realtà oggetto di osservazione. È chiaro quindi che, pur in presenza di un buon set di misure, esiste il rischio, se l'incentivazione è troppo elevata, che gli operatori si adoperino più per la misura che per l'obiettivo stesso, rinunciando ad una visione più sistemica del loro operato.

LOGICA DI FUNZIONAMENTO DEI SISTEMI DI INCENTIVI



FIG. 4. Logica di funzionamento dei sistemi di incentivi



È da valutare infine la natura stessa dell'incentivo e la sua capacità di incidere sulla motivazione e sui comportamenti dei dipendenti. Si tende a considerare utilizzabile nel contesto aziendale solo l'incentivazione economica, ma non è dimostrato che questa sia la tipologia con maggiore efficacia. Soprattutto nei contesti *knowledge based* gli operatori sono più sensibili ai sistemi di ricompensa anche non monetari, che però soddisfano il bisogno di riconoscimento e reputazione dei professionisti.

Il sistema di incentivazione proposto deve inoltre tenere presente che gli operatori possono anche adottare comportamenti opportunistici – ciò che in inglese viene definito *moral hazard* [Horngren *et al.* 1997]. Questo termine ha origine nei contratti assicurativi per indicare le situazioni dove la copertura assicurativa determina nelle parti assicurate un comportamento di minore attenzione per le loro proprietà rispetto a quanto farebbero altrimenti. Una misura contro il moral hazard in questo caso è costituita dal sistema delle franchigie per obbligare l'assicurato a mantenere elevato il grado di controllo e corresponsabilizzarlo sui risultati. In azienda il moral hazard si realizza quanto un dipendente preferisce impegnarsi di meno rispetto al livello atteso dall'organizzazione o riportare informazioni distorte che garantiscano il premio pur mantenendo lo stesso livello di impegno. Per evitare questo problema è fondamentale che il sistema di incentivi sia calibrato alle responsabilità dell'operatore e agganciato ad un sistema di misurazione dei risultati che sia rigoroso e obiettivo, dove non vi sia spazio di manovra del singolo per la manipolazione del dato.

3. *Alcune considerazioni operative di sintesi*

La scelta di integrare la valutazione con l'incentivazione appare in sintesi condivisibile, ma assai complessa. È importante sottolineare che un errore nella progettazione dei meccanismi di collegamento o nella definizione dei meccanismi stessi può far non solo fallire il sistema stesso, ma spingere l'organizzazione in direzioni opposte a quanto voluto.



Il punto di partenza, oggi, nelle realtà sanitarie italiane, è quanto mai deludente. In molti – si veda tra gli altri Pelliccioli 2007, Bruno 2006 – hanno lavorato con impegno alla proposta di sistemi da adottare a livello aziendale che possano dare senso alla valutazione dello sforzo individuale nel perseguire gli obiettivi aziendali anche nel contesto sanitario. In questo ambito il Contratto Collettivo Nazionale prevede per la dirigenza due tipologie di valutazione: quella relativa all'attività professionale e quella inerente il grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali. La prima viene realizzata in due

Dirigenza sanitaria del SSN (entrambe le aree contrattuali)		
Valutato	Valutazione di prima istanza¹⁰	Valutazione di seconda istanza
Dirigente con incarico di natura professionale (meno o più di 5 anni)	Responsabile di struttura semplice/U.F.A. oppure Direttore di struttura complessa	PRESIDENTE Direttore di dipartimento COMPONENTI 2 Direttori di struttura complessa oppure 2 Responsabili di struttura semplice/U.F.A. oppure 1 Direttore di struttura complessa e 1 Responsabile di struttura semplice/U.F.A.
Dirigente con incarico di natura professionale anche di alta specializzazione		
Responsabile di struttura semplice/Responsabile di Unità Funzionale Aziendale (U.F.A.)	Direttore di struttura complessa dell'U.O. di appartenenza oppure Direttore di dipartimento	PRESIDENTE Direttore di dipartimento ¹¹ COMPONENTI 2 Direttori di struttura complessa
Direttore di struttura complessa	Direttore di dipartimento oppure Direttore di presidio	PRESIDENTE Direttore sanitario aziendale COMPONENTI 1 Direttore di dipartimento e 1 Direttore di presidio oppure 2 Direttori di presidio oppure 2 Direttori di dipartimento
Direttore di dipartimento	Direttore generale oppure altro soggetto da lui delegato (Direttore medico del presidio di appartenenza del direttore di dipartimento o Direttore sanitario) ¹²	PRESIDENTE Direttore sanitario aziendale COMPONENTI 1 Direttore di dipartimento e 1 Direttore di presidio oppure 2 Direttori di presidio
Direttore di presidio		PRESIDENTE Direttore sanitario aziendale (di altra azienda nel caso il Direttore Sanitario aziendale sia stato valutatore di prima istanza) COMPONENTI 2 Direttori di presidio

FIG. 5. Dirigenza sanitaria del SSN (entrambe le aree contrattuali)



distinti momenti e prevede una valutazione finale da parte del «collegio tecnico» diversamente composto in base alla posizione gerarchica del valutato; la seconda, anch'essa con due passaggi, che vede il ruolo del «nucleo di valutazione» quale organismo che in ultima istanza definisce il raggiungimento degli obiettivi e l'attribuzione degli incentivi.

La composizione del nucleo di valutazione è definita dalla direzione aziendale.

Nella figura 5, tratta da [Pelliccioli 2007] si descrive sinteticamente le modalità con cui si realizza il processo di valutazione della dirigenza sanitaria secondo le attuali indicazioni contrattuali.

L'oggetto della valutazione è la prestazione del dirigente che si traduce nella definizione del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati, dei risultati raggiunti, nella valutazione della professionalità espressa e dei comportamenti manageriali. Leggendo il testo del contratto ed anche le procedure elaborate dalle aziende che si sono seriamente cimentate nella sua applicazione, sembrerebbe semplice e fattibile effettuare la valutazione del contributo fornito da ciascun dirigente. La realtà non è entusiasmante. Anche nei contesti in cui si sono fatti più sforzi, difficilmente il sistema è riuscito ad essere motivante ed equo nell'attribuzione degli incentivi. Il ruolo dei nuclei di valutazione rimane troppo spesso quello di conferma di una valutazione totalmente positiva per la totalità dei dirigenti, facendo sì che la componente variabile diventi di fatto una componente stabile della retribuzione. I nuclei non hanno spesso la possibilità di operare diversamente, sia perché non hanno informazioni adeguate a disposizione, sia perché il sistema stesso di valutazione è costruito con logiche di completa autoreferenzialità. Coloro che in prima istanza sono chiamati ad esprimere un giudizio tendono ad uniformarsi verso una valutazione positiva, perché è faticoso esprimere un giudizio negativo sull'operato di un collaboratore, e perché non si è capaci di svolgere il ruolo dirigenziale con l'adeguata responsabilità e competenza. Non è un caso che, come vedremo nei capitoli successivi, dedicati alla valutazione del clima interno dell'organizzazione, i dipendenti delle aziende





sanitarie toscane abbiano espresso, nel corso delle indagini svolte, un notevole disagio relativamente all'incapacità dei propri responsabili di dare riscontro, positivo o negativo, del lavoro svolto dal collaboratore.

Ma certamente, accanto alle carenze manageriali della dirigenza del sistema sanitario pubblico, le difficoltà si accentuano per la mancanza di informazioni e di dati chiari, misurabili oggettivamente. Non è presente nella nostra cultura l'abitudine alla misurazione quale strumento per orientare i processi decisionali e per conservare la memoria delle organizzazioni a supporto dell'apprendimento. Si verifica quindi assai spesso che nelle aziende si predispongano sistemi complessi, dotati di schede di valutazione del comportamento individuale assai articolate su diverse dimensioni, ma che difficilmente si riesce a gestire nei tempi e nelle modalità previste – e soprattutto queste rimangono sprovviste di dati numerici oggettivi.

In questo contesto anche i dirigenti capaci si arrendono alla cultura dominante e finiscono per non discostarsi da una valutazione genericamente positiva per tutti, contando anche sul fatto che l'incentivazione incide su una componente ancora assai bassa della retribuzione.

In sintesi, quindi, l'attuale contrattualistica sanitaria pubblica italiana potrebbe permettere uno spazio anche interessante per l'applicazione di un sistema incentivante per la dirigenza, da collegare al sistema di valutazione della performance aziendale. In questo senso, considerando che oggi l'incentivazione viene assai spesso data a pioggia in modo uniforme a tutti i dirigenti ed anche al comparto, è opportuno, una volta introdotto un sistema solido di misurazione dei risultati, partire da un sistema di incentivazione della direzione aziendale che sia di esempio a tutta l'organizzazione.

La valutazione, così come la pubblicizzazione dei risultati conseguiti da chi svolge un ruolo dirigenziale ed è responsabile di gestire risorse pubbliche, è un obbligo etico, un dovere del sistema pubblico nei confronti della collettività. In questa direzione un sistema di valutazione della performance strutturato a livello aziendale e regionale può dare un contributo essenziale.







PARTE SECONDA

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA
PERFORMANCE: IL CONFRONTO
INTERNAZIONALE







Premessa, di Ignazio Marino

La valutazione dei risultati in sanità, associata al controllo e al monitoraggio delle varie funzioni del sistema sanitario, è un metodo che molti paesi europei ed extra europei hanno introdotto da tempo, come viene ampiamente descritto nelle pagine di questa parte. I sistemi che sono stati adottati sono diversi, rispondono ad esigenze particolari e riflettono gli aspetti specifici di organizzazioni sanitarie con caratteristiche differenti, ma hanno tutti in comune uno stesso principio: la valutazione dei risultati clinici, e più in generale del funzionamento complessivo dei servizi sanitari, è rilevante non solo per il buon andamento della sanità, ma soprattutto per i pazienti.

Personalmente, avendo vissuto e lavorato per molti anni in paesi anglosassoni, prima in Inghilterra e poi negli Stati Uniti, sono convinto che la valutazione dei risultati, non solo in sanità, ma in ogni ambito professionale e scolastico, sia il punto di partenza per la pianificazione delle strategie, per la programmazione delle attività e per l'organizzazione dei servizi. In entrambi i paesi appena citati, esistono istituzioni create ad hoc per svolgere l'attività di monitoraggio e di valutazione delle performance delle strutture sanitarie. Istituzioni la cui autorevolezza e competenza è riconosciuta ormai in tutto il mondo e a cui si ispirano molti dei modelli descritti anche in questo volume. Negli Stati Uniti la *Joint Commission* è stata creata nel 1951, e da allora ha accumulato una tale esperienza che oggi verifica e valuta ben quindicimila strutture sanitarie sparse sul territorio americano. Negli USA, dove la concorrenza è sacra, la valutazione è d'obbligo, direi anzi che è assolutamente scontata, e si fa strada la tendenza





a valutare anche il singolo medico, non solo sulla base della sua attività e dei risultati clinici, ma anche sul grado di soddisfazione espresso dai pazienti, sulla fiducia che trasmette, sull'efficacia nel comunicare con i malati ed i familiari, sulla disponibilità e la facilità nell'essere reperibile. Una vera e propria pagella, tipica del mondo statunitense, che prende in considerazione non solo dati oggettivi come i giorni di degenza di un paziente, l'utilizzo delle strutture e delle apparecchiature tecnologiche, la quantità di farmaci ecc., ma anche gli aspetti meno tangibili, più legati all'elemento umano, altrettanto importanti e significativi, elementi che rimangono alla base di quella particolarissima disciplina che è la sanità e la medicina. Ma senza voler entrare nel merito delle peculiarità di ogni singolo sistema di valutazione, è sul principio che mi preme riflettere e proporre alcune considerazioni.

L'importanza del sistema di monitoraggio e di verifica dell'assistenza sanitaria erogata dalle regioni è una condizione necessaria per il governo della spesa di un sistema sanitario moderno. Nel nostro paese tale importante funzione è ancora demandata alle ASL che si trovano però in un'evidente situazione di conflitto di interessi, dato che a loro è demandato il compito di controllare se stesse. Nel nostro paese, inoltre, è presente e molto radicata l'idea che la valutazione sia una sorta di giudizio di sfiducia a priori, un controllo in senso negativo e punitivo: purtroppo è un dato culturale molto diffuso con cui ci si deve confrontare nel momento in cui si vogliono introdurre dei meccanismi nuovi che, invece, a mio giudizio, sono positivi e certamente costruttivi. La valutazione dei risultati è costruttiva perché innesca innanzitutto un sistema di circolazione delle informazioni ed aumenta la trasparenza; in secondo luogo permette di fare emergere le potenzialità di chi opera meglio e con maggiore efficienza; infine costituisce l'unica base trasparente su cui costruire anche un sistema di incentivi per chi ha dimostrato i risultati migliori. Va da sé che un'azienda sanitaria ha delle caratteristiche peculiari rispetto ad altri settori puramente produttivi e che nel valutare le sue performance si deve inevitabilmente tenere conto di questo, ma ciò non significa





che non si possano introdurre anche nel nostro paese strumenti di valutazione che potranno contribuire a rendere il nostro sistema sanitario più moderno e funzionale. L'obiettivo, infatti, non è quello di stilare le classifiche dei bravi e dei cattivi, dei migliori o dei meno efficienti: lo scopo è mettere in evidenza quali siano le realtà di eccellenza, che vanno senza dubbio premiate, e quali invece le situazioni che mostrano sofferenza e crisi. Ma senza un serio e rigoroso sistema di valutazione, come si potrà pensare di pianificare gli interventi strutturali, tecnologici, economici e di risorse umane utili ad un miglioramento?

In quest'ottica io ritengo sia utile rafforzare i sistemi di controllo e di valutazione dove sono già stati applicati ed introdurli dove ancora non esistono, affidandoli ad un'autorità terza indipendente, cui demandare le funzioni di coordinamento dell'accertamento della qualità, dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, dei controlli e della valutazione del sistema sanitario, indipendentemente dalla natura giuridica pubblica o privata dell'erogatore. L'indipendenza di chi valuta è indispensabile e rappresenta la garanzia di massima oggettività, oltre che la condizione per evitare, o limitare il più possibile, l'ingerenza e le pressioni esterne a volte difficili da contrastare.

Il ragionamento è talmente lampante da sembrare scontato eppure, nonostante questo, una sola regione in Italia, la Toscana, ha adottato un sistema di valutazione delle performance delle strutture sanitarie. Altre regioni si stanno affacciando a questo capitolo così importante della gestione della sanità e mi auguro che nel più breve tempo possibile ogni sistema sanitario regionale sia in grado di avviare dei validi programmi di valutazione. Si tratta, lo ripeto, non solo di un passo avanti di tipo metodologico e tecnico, ma di un vero e proprio progresso culturale di cui il nostro paese ha drammaticamente bisogno. Si tratta al tempo stesso di un valido strumento nella lotta agli sprechi che a loro volta producono inefficienza, spese sproporzionate, disaffezione dei cittadini nei confronti del sistema sanitario nazionale.

Infine, un'ultima ma non meno importante considerazione va fatta rispetto al principio della trasparenza. La valuta-





zione e la comunicazione dei risultati, sia in termini assoluti sia rispetto agli obiettivi prefissati, è l'unico metodo sul quale costruire e mantenere un corretto rapporto di fiducia con i cittadini, che attraverso la tassazione pagano i servizi e ne usufruiscono. La scelta del paziente può essere libera solo se consapevole e se basata sulla conoscenza: sapere quale è il tasso di mortalità per un intervento di cardiocirurgia di una struttura ospedaliera rispetto ad un'altra è fondamentale, come è fondamentale conoscere i tempi di attesa per un esame o il livello di sicurezza di un reparto.

Essere a conoscenza, per fare un esempio legato ai recenti fatti di cronaca, del fatto che nessun medico nell'ospedale di Vibo Valentia sia in grado di eseguire una tracheostomia, è un dato molto utile per gli amministratori della Calabria al fine di valutare se tenere aperto quell'ospedale o quel reparto oppure se chiuderlo o sospendere l'attività clinica. Ma serve anche ai cittadini perché siano consapevoli che non si tratta di un ospedale affidabile, per cui nel caso di un problema di salute di una certa entità possano decidere consapevolmente di rivolgersi ad un'altra struttura.

Per concludere, dallo studio e dal confronto con le esperienze internazionali, oltre che dall'analisi del sistema di valutazione adottato dalla Regione Toscana, non possiamo che cogliere stimoli, motivazioni ed incentivi al fine di introdurre rapidamente, in ogni parte d'Italia, un sistema per la valutazione dei risultati della sanità. L'obiettivo è duplice: puntare ad una maggiore trasparenza e ad un miglior rapporto di fiducia con i cittadini e con i pazienti e disporre di un valido strumento di lavoro per gli amministratori, incaricati non solo di tenere sotto controllo i costi e l'andamento della spesa sanitaria, ma di rendere efficiente il sistema nel suo complesso per garantire, sempre e in ogni regione, la sostenibilità del sistema sanitario nazionale e il diritto alla qualità delle cure.





GREGORIO GÓMEZ SORIANO

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA SANITÀ NELLA REGIONE VALENCIANA*

1. *Il sistema sanitario spagnolo*

Negli ultimi trent'anni il sistema sanitario spagnolo ha subito due rilevanti cambiamenti: in primo luogo ha abbandonato il modello «Bismarck», in cui il diritto all'assistenza deriva dalla condizione del lavoratore. Il sistema oggi si finanzia con le quote che i lavoratori pagano alla Sicurezza Sociale, secondo il modello «Beveridge», in base al quale il diritto all'assistenza è universale per tutti i cittadini ed il sistema si finanzia mediante la fiscalità generale.



FIG. 1. L'evoluzione del Sistema Sanitario Spagnolo

In secondo luogo il sistema sanitario, centralizzato fin dal 1981, partendo dalla Catalogna, ha subito un profondo processo di decentralizzazione a favore delle regioni. Un'idea del livello di decentramento attuale può essere data dall'allocazione delle risorse: la spesa sanitaria della Regione Valenciana, composta da circa 5 milioni di abitanti e rappresentativa di circa l'11% della popolazione spagnola, per il 2008 è prevista

*Il presente capitolo è stato predisposto nella sua versione italiana da *Sabina Nuti e Annalisa Brambini*





pari a 5.454.000.000 euro, mentre il bilancio del Ministero della Sanità e Consumi è di 1.000.000 euro complessivi.

2. L'Agenzia Valenciana per la Salute

Il sistema sanitario spagnolo è articolato in diciassette regioni autonome e una di esse è quella Valenciana. Ogni comunità autonoma ha un suo bilancio di risorse che viene destinato alla sanità, all'educazione e a vari servizi pubblici. Lo stato centrale trasferisce le risorse finanziarie complessive ed ogni comunità autonoma decide come allocarle tra i diversi settori, quali l'educazione, la ricerca, l'industria, ecc. Nel caso della Regione Valenciana, il 39% degli stanziamenti nel 2008 sono destinati alla sanità. La *Conselleria de Sanitat*, ossia l'Assessorato alla Salute, è incaricato di gestire la spesa sanitaria ed è responsabile del livello di salute e della qualità di vita dei cittadini valenciani. Per l'erogazione dell'assistenza sanitaria l'Assessorato conta sull'Agenzia Valenciana per la salute, che è un organismo autonomo a cui sono affidate tutte le funzioni di carattere sanitario e assistenziale.

L'Agenzia Valenciana per la salute è una struttura



FIG. 2. La Regione Valenciana



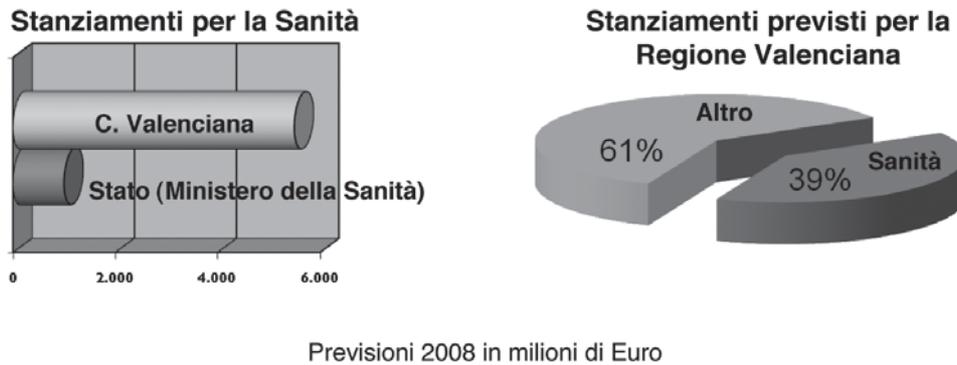


FIG. 3. Organizzazione e stanziamenti per il 2008.

organizzata in 22 dipartimenti di salute (Fig. 2) articolati in base alle caratteristiche geografiche e demografiche del territorio regionale.

La gestione di ciascun Dipartimento è affidata ad un gruppo dirigente coordinato da un direttore generale. La direzione di Dipartimento è responsabile sia dell'assistenza primaria che secondaria fin dal 2005, grazie alla legge regionale di Ordinamento dei servizi sanitari promulgata in quell'anno. Il finanziamento di ciascun dipartimento avviene in base alla quota pro capite ed al termine dell'anno viene corretto considerando un processo di compensazione tra dipartimenti determinato dal flusso dei pazienti.

Il sistema sanitario valenciano prevede due modalità di gestione dei servizi sanitari: a responsabilità diretta oppure mediante concessioni amministrative, in cui la gestione dell'assistenza viene affidata ad un soggetto privato. In quest'ultimo caso il soggetto privato riceve un finanziamento basato sulle quote pro capite, ma più basso di circa il 20% rispetto ai finanziamenti che ricevono i dipartimenti a gestione pubblica. A fronte di queste risorse il dipartimento a gestione privata si incarica di affrontare tutti gli investimenti per garantire le strutture e le infrastrutture adeguate sia all'erogazione dei servizi, sia alla gestione delle risorse umane necessarie per offrire l'assistenza sanitaria nel proprio territorio. Attualmente questa modalità di gestione è presente in 2 dipartimenti su 22 ma, considerando la





notevole maggiore efficienza dimostrata dal settore privato rispetto a quello pubblico, nel 2008 verrà adottata in altri 4 dipartimenti.

3. Il sistema di valutazione della performance e gli accordi di gestione

Uno dei vantaggi più rilevanti del sistema basato sulle concessioni di accordi di gestione, che spiega anche i risultati ottenuti dal sistema sanitario valenciano in termini di efficienza, è da individuare nelle modalità adottate per la gestione delle risorse umane.

Prima del 2003 i lavoratori pubblici e i dirigenti non avevano una differenziazione nelle loro buste paga: il merito ed il risultato non incidavano in alcun modo nel livello retributivo. Nel 2004, grazie ad un accordo con i sindacati, è stato introdotto un sistema di incentivi (basato sul conseguimento di risultati) che ha determinato una differenziazione retributiva. Non era il primo tentativo fatto: l'Amministrazione regionale aveva già più volte tentato di introdurre un sistema di incentivazione che avesse impatto sulla componente variabile della retribuzione, ma i risultati erano stati scarsi sia per la complessità del sistema sia perché spesso l'incentivazione era stata collegata a indicatori non premianti la performance, ma a elementi come la presenza e le ore lavorate. L'obiettivo, nel 2004, è stato invece quello di dotare il sistema sanitario di un vero strumento di gestione che fosse in grado di basare parte della retribuzione sul perseguimento di obiettivi strategici e rilevanti per il sistema. Il primo anno è stato dedicato alla progettazione e sperimentazione del sistema, che è stato definitivamente applicato nel 2005 dimostrando da subito la sua validità. Il sistema è stato formalizzato definitivamente in un riferimento normativo nel 2007¹.

L'incentivazione è stata basata su un sistema di gestione

¹ Confronta il decreto 38 del 2007 relativo alla Produttività Variabile della Regione Valenciana.





FIG. 4. Il sistema di incentivazione

per obiettivi (Fig. 4) che riguarda tutta l'organizzazione ed integra i quattro sistemi strategici gestiti all'Agencia sanitaria Valenciana. È un sistema coerente, che si è integrato molto bene con gli altri interventi strategici dell'Agencia sanitaria.

A partire da questo schema, elaborato con la partecipazione di più di 300 professionisti, è stato realizzato un accordo di gestione tra i dipartimenti e l'Agencia. Si tratta di un accordo che prevede una serie di obiettivi che devono essere valutati durante l'anno, in funzione del cui raggiungimento viene attivato il sistema di differenziazione retributiva che riguarda sia i dirigenti che i lavoratori dei dipartimenti.

Dal 2006, inoltre, il sistema di incentivazione collegato alla gestione per obiettivi prevede un'integrazione con i processi mediante cui si realizza l'avanzamento professionale nei sentieri di carriera. Infatti, il risultato conseguito da

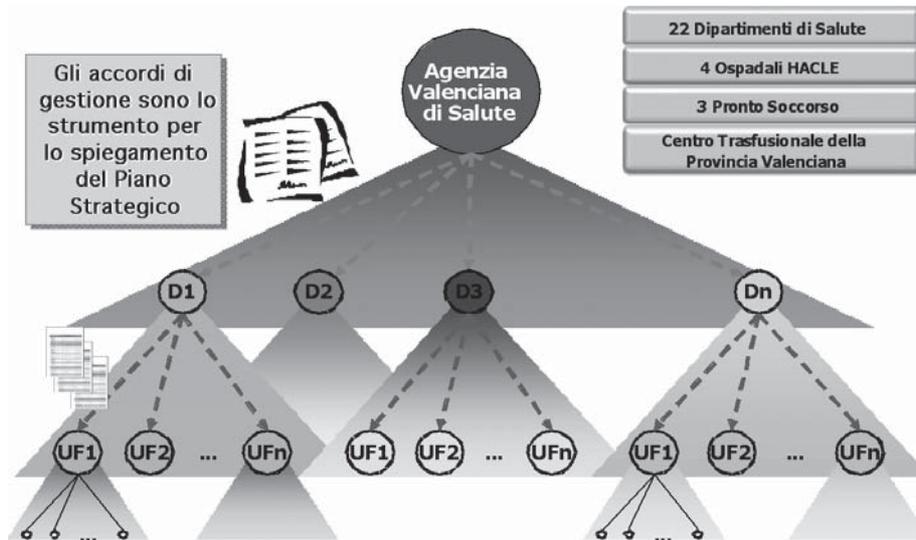


FIG. 5. Il Piano Strategico: gli accordi di gestione





ciascun professionista nell'ambito del sistema di valutazione complessivo è una componente rilevante nella progressione personale di carriera.

Il Piano Strategico dell'Agenzia Valenciana per la Salute (Fig. 5) fa da guida e da cornice a tutto il sistema di valutazione della performance.

Grande rilevanza nell'implementazione del piano strategico è data agli «accordi di gestione» che rappresentano lo strumento fondamentale attraverso cui si realizzano gli obiettivi stessi del piano strategico. Gli accordi di gestione, definiti tra l'Agenzia e i 22 dipartimenti provinciali, sono integrati con il sistema di incentivazione e di retribuzione differenziata, in quanto è in base alla performance perseguita sugli obiettivi dell'accordo che viene definito l'ammontare di risorse disponibili per remunerare la produttività, ossia la componente variabile della retribuzione.

Il raggiungimento degli obiettivi del piano strategico, definiti negli accordi di gestione per ciascun dipartimento, permette di ottenere risorse che devono essere distribuite a titolo di retribuzione variabile a tutto il personale del dipartimento, in quanto ognuno contribuisce al risultato complessivo, dal medico all'infermiere. Se, per esempio, un dipartimento ottiene un punteggio di 85 su 100 ed un altro di 40 su 100, quest'ultimo riceve la metà del denaro a disposizione da distribuire ai suoi dipendenti. Ogni unità funzionale deve dar conto della prestazione degli operatori che lavorano al suo interno.

Per monitorare il raggiungimento degli obiettivi del piano strategico in ciascun accordo di gestione sono utilizzati sia indicatori di processo che di risultato. A loro volta, ciascun dipartimento sviluppa un sistema di obiettivi per ciascuna unità organizzativa, per la medicina primaria e per quella secondaria, ossia servizi ospedalieri di ricovero, visite specialistiche e servizi diagnostici. Si realizza quindi un sistema integrato di obiettivi costruito secondo una gerarchia precisa che permette un'azione coerente e integrata di tutto il sistema sanitario valenciano.

Nel 2007 il sistema di valutazione dei risultati presente negli accordi di gestione si basava su 85 indicatori. Si tratta di un numero elevato, ma appare difficile poterlo diminuire



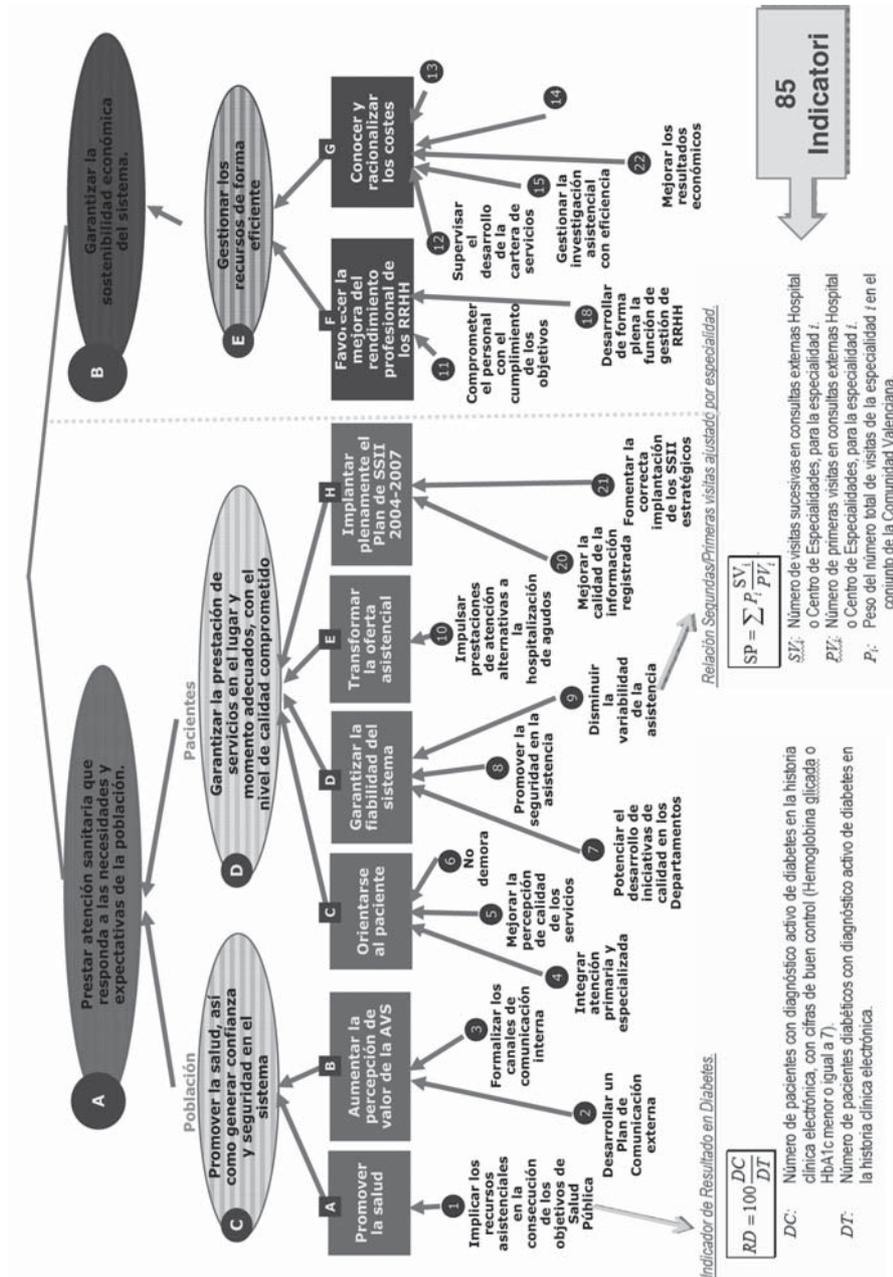


Fig. 6. Alineamiento tra el Plano Strategico dell'Agencia Valenciana di Salute e gli Accordi di Gestione

ulteriormente a causa dell'elevata complessità del sistema sanitario valenciano. Inoltre, si è cercato di evitare indicatori «ad albero», ossia formati da più indicatori, perché non facilitano l'identificazione chiara dell'obiettivo da parte degli operatori. Nel 2008 tuttavia, gli accordi di gestione si baseranno su non più di 60 indicatori.

4. *Il processo di definizione degli obiettivi e di valutazione dei risultati*

Il processo complessivo di definizione degli obiettivi e di valutazione dei risultati si compone di cinque tappe fondamentali:

1. *Definizione degli obiettivi e selezione degli indicatori.* Questa fase è parte del piano strategico ed è realizzata con la metodologia del *Balanced Scorecard*, ossia identificando le relazioni di causa ed effetto tra le variabili monitorate e rispetto ai risultati attesi. Questa operazione è fondamentale per definire il «peso» che ciascun indicatore avrà nel processo di valutazione finale.
2. *Identificazione degli obiettivi specifici per ciascun dipartimento* che sono differenziati in base alla situazione di partenza. Questo aspetto appare molto importante per il processo di condivisione e di motivazione degli operatori. Gli obiettivi devono essere gradualmente e solo attraverso dei cicli di gestione è possibile arrivare alla convergenza dei risultati nell'obiettivo di sistema regionale. Inoltre gli obiettivi non sono fissati in forma lineare, prevedendo una stessa percentuale di miglioramento per tutti i dipartimenti su tutti gli indicatori, ma a chi ha già conseguito un buon risultato viene richiesto uno sforzo percentualmente minore. Il sistema deve infatti essere percepito come equo e giusto, soprattutto nel contesto pubblico, per avere impatto sulla motivazione e sui comportamenti degli operatori. Nella figura successiva si propone a titolo di esempio l'indicatore relativo alla percentuale di prestazioni chirurgiche realizzate in regime

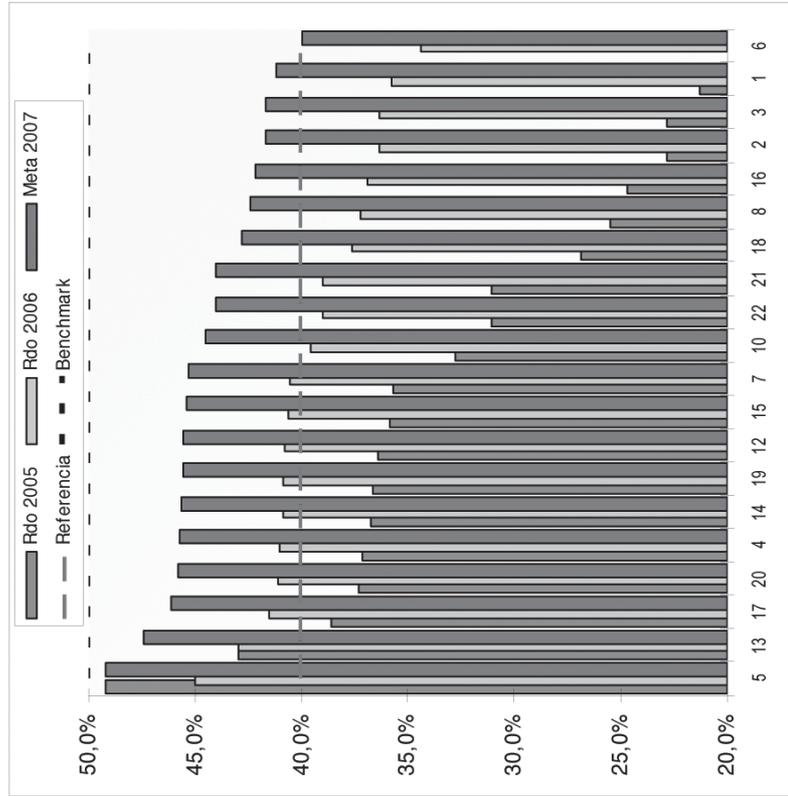
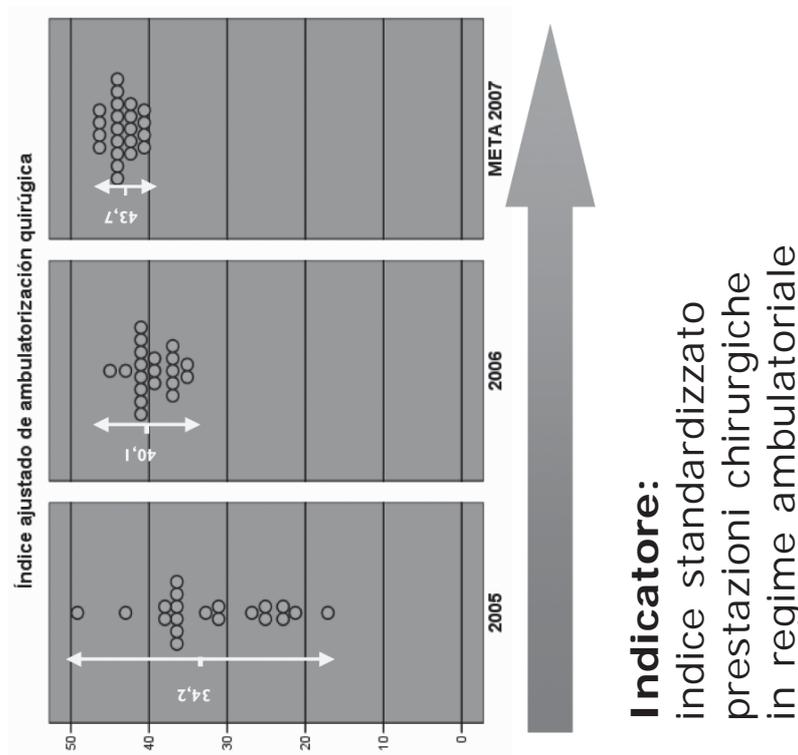


Fig. 7. Percentuale prestazioni chirurgiche



- ambulatoriale standardizzato per specialità.
3. *Valutazione dei risultati.* Anche questa fase è assai delicata perché è elevato il rischio di penalizzare i dipartimenti che hanno la migliore performance della regione, ma che magari non hanno raggiunto l'obiettivo prefissato. Particolarmente critici in questo senso gli indicatori con una valutazione dicotomica, ossia quelli che prevedono il raggiungimento di un obiettivo numerico secco, perché i dipartimenti possono mancare l'incentivazione solo per arrotondamenti percentuali. Un meccanismo adottato, che in parte risolve questo inconveniente, è quello di misurare il raggiungimento dell'obiettivo in termini percentuali, ossia valorizzando il miglioramento ottenuto anche se non è stato raggiunto pienamente l'obiettivo.
 4. *Calcolo delle risorse da distribuire tra gli operatori.* Una volta definito il grado di raggiungimento degli obiettivi a livello di dipartimento, si può calcolare l'entità delle risorse che ciascun dipartimento potrà distribuire tra i suoi operatori. Questa fase non si realizza «a pioggia», ma in base al merito e allo sforzo sostenuto da ognuno. Un lavoratore che ha ottenuto 80 punti in un dipartimento che ha ottenuto 40 punti avrà risultati inferiori a quelli di un lavoratore che ha 80 punti in un dipartimento che ha ottenuto 100 punti. Ciò permette di allineare i risultati agli obiettivi strategici dell'agenzia e tra i dipartimenti stessi. Nel 2006 il 2,4% del personale non ha avuto incentivi. Naturalmente ci sono grandi variazioni tra un dipartimento e un altro e all'interno di uno stesso dipartimento.
 5. *Consolidamento dei percorsi di carriera* di ogni lavoratore, ossia come la valutazione della performance può influire sul sentiero di carriera consentendo di progredire più o meno velocemente. Il personale è suddiviso in varie categorie: il gruppo A è composto da medici, farmacisti e professionisti; il gruppo B da personale infermieristico; i dipendenti amministrativi compongono il gruppo C e il gruppo D raggruppa il personale ausiliario. Per tutti i gruppi questo schema retributivo ha delle ripercussioni e incide sulla parte variabile della retribuzione.





Per calcolare il risultato ottenuto da ciascun operatore si considerano in modo combinato quanto ottenuto a livello individuale e il livello dell'unità di appartenenza (rispettivamente al 60% e al 40%). Il risultato ottenuto si moltiplica per quello raggiunto dal dipartimento di salute. Il risultato finale si aggiusta in base al massimo valore raggiunto dal singolo professionista in *benchmarking* a livello dell'intera Agenzia. Se il risultato finale è inferiore ai 30 punti l'operatore non percepisce la componente di retribuzione variabile.

5. Considerazioni finali

Il sistema adottato dal sistema sanitario valenciano è stato accolto bene dai professionisti e i risultati raggiunti in questi primi anni sono molto soddisfacenti, anche se le resistenze culturali sono ancora rilevanti. La cultura della valutazione è per molti lontana: è più facile cercare tutto ciò che crea demotivazione che promuovere questo processo di valorizzazione del merito.

Le principali difficoltà incontrate sono anzitutto il fatto di aver lavorato con un'organizzazione pubblica molto complessa, formata da 54.000 lavoratori, 22 dipartimenti, con una grande inerzia rispetto ai cambiamenti ed in cui manca ancora una cultura basata sulla definizione e valutazione degli obiettivi. Spesso in questo contesto si cercano scuse, si discute sui metodi non sufficientemente verificati, ci si appella a errori o difficoltà per dimostrare in qualche modo che il sistema non funziona. Vi sono ancora un gran numero di operatori che non sono in linea con questi nuovi orientamenti e che quindi facilmente protestano e oppongono resistenza.

Inoltre vi sono ancora rilevanti problemi di comunicazione: il processo è infatti ancora di natura piramidale ed è possibile verificare solo il messaggio che giunge ai livelli gerarchici elevati dell'organizzazione, ma non si arriva alla base della piramide.

Sono quattro anni che l'Agenzia Valenciana per la Salute





sta lavorando al sistema e l'opera non è ancora compiuta. Saranno necessari altri tre o quattro anni per portarlo a termine. Ma l'approccio graduale è stato un fattore vincente che ha permesso di lavorare con flessibilità e di rivedere i risultati alla luce dell'esperienza.

In sintesi, i benefici del sistema implementato sono in primo luogo la possibilità di identificare, grazie al confronto tra i 22 dipartimenti, aree di forza e di debolezza del sistema nel suo complesso. Un altro beneficio è l'effetto *ranking*: le risorse finanziarie che vengono messe a disposizione non sono molte e la comparazione ha maggiore impatto sulla motivazione del sistema dell'aspetto economico in sé. Infine, un importante risultato ottenuto è l'allineamento coerente nel processo di pianificazione tra gli obiettivi dell'agenzia e quelli di ciascun dipartimento in modo da conseguire insieme, in un grande gioco di squadra, gli obiettivi comuni di sistema a servizio dei cittadini della Regione Valenciana.





ADALSTEINN BROWN

DALLA MISURAZIONE DEI RISULTATI DEGLI
OSPEDALI ALLA VALUTAZIONE DELLA
PERFORMANCE DEL SISTEMA REGIONALE:
L'ESPERIENZA DELL'ONTARIO – CANADA*

1. *Il sistema sanitario dell'Ontario*

Il sistema sanitario dell'Ontario è ampio e complesso. Finanziato completamente da risorse pubbliche, nel 2007 ha assorbito più di 36 miliardi di dollari canadesi, di cui il 40% circa per i servizi di ricovero ospedaliero, il 20% per le visite specialistiche ed i servizi diagnostici, il 10% per la spesa farmaceutica e la percentuale rimanente per tutti i servizi territoriali, laboratori di ricerca ed altro.[www.ontariobudget.ca/english/papers_all.html]

Nella regione vi sono oltre 150 *ospedali per acuti*¹ normalmente gestiti come realtà autonome, nonché centinaia di istituzioni minori che erogano servizi di ricovero a bassa complessità e oltre 5.000 agenzie locali di comunità per i servizi territoriali. Il servizio sanitario dell'Ontario conta su oltre 20.000 medici, 100.000 infermieri, e complessivamente assorbe più di 500.000 occupati, rappresentando il più importante datore di lavoro della regione.

*Il presente capitolo è stato predisposto nella sua versione italiana da *Sabina Nuti e Annalisa Brambini*

¹ Con il termine «ospedali per acuti» si intendono quegli ospedali ad alta tecnologia, il cui compito principale è provvedere all'assistenza e al trattamento della fase acuta della malattia attraverso interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi, in regime di ricovero di emergenza-urgenza, ordinario, diurno, ambulatoriale e domiciliare.





Nel 2005² sono state istituite per la prima volta in Ontario 14 LHIN (*Local Health Integration Networks*), ossia agenzie locali per la programmazione e la gestione dei servizi territoriali. Inoltre, sono state istituite due agenzie provinciali: la prima per la programmazione e gestione dell'intero percorso oncologico, dalle attività di screening all'attività chirurgica, la seconda per la gestione dei servizi sanitari per i trapianti di organo.

Un insieme di norme e di interventi della Provincia³ dell'Ontario hanno reso chiaro a tutti gli operatori sanitari, medici, infermieri ed altri professionisti, che essi sono i responsabili della qualità delle cure che erogano, anche se i manager e le direzioni di istituzioni quali ospedali e LHIN possono essere rimossi dal loro incarico per problematiche inerenti la qualità delle cure.

Il governo provinciale, inoltre, ha il potere di ridurre la retribuzione dei direttori generali delle istituzioni sanitarie pubbliche fino al 10 % quando sono presenti problematiche di qualità o di management. Queste possono emergere da molteplici strumenti e sistemi, attualmente presenti in Ontario, relativi alla valutazione della performance. Il collegio dei medici e dei chirurghi dell'Ontario, per esempio, è responsabile per la valutazione della competenza professionale dei propri affiliati, mentre il *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA) verifica le modalità di gestione delle istituzioni sanitarie e le accredita ogni tre/cinque anni. Vi sono inoltre altri istituti finanziati dal governo provinciale come *l'Institute for Clinical Evaluative Sciences* (ICES) e *l'Hospital Report*, presso l'Università di Toronto, che ogni anno pubblica per i cittadini un rapporto sulla valutazione della performance relativo sia agli ospedali per acuti che a diversi altri servizi sanitari. A questo proposito recentemente è stato costituito *l'Ontario Health Quality Council*, che raccoglie tutti i report di valutazione realizzati

² Vedi in proposito il *Local Health System Integration Act, 2007*.

³ In Canada le Province corrispondono alle regioni italiane, mentre le regioni sono l'equivalente delle nostre province.





dalle diverse istituzioni del paese con l'intento di integrare i processi di valutazione della Provincia.

Analizzando l'evoluzione che negli ultimi dieci anni hanno avuto i sistemi di valutazione della performance in Ontario, si possono sinteticamente evidenziare alcuni trend di sviluppo. In primo luogo l'oggetto della valutazione si è ampliato nel tempo: se prima veniva monitorato poco più del tasso di ospedalizzazione, negli anni sono state introdotte molte misure più analitiche, sia di natura sanitaria che relative ai tempi di attesa, alla dinamica economico-finanziaria e alla soddisfazione dei pazienti. Inizialmente la valutazione ha riguardato solo il livello provinciale nel suo complesso mentre, successivamente, è stata realizzata a livello regionale e per singola istituzione, con approcci sempre più analitici e dettagliati. Il processo di comunicazione dei risultati, prima di dominio dei ricercatori e dei manager delle istituzioni, si è fatto sempre più ampio, allargandosi a tutta la popolazione e adottando strumenti sempre più vari con interventi strutturati come ad esempio inserti sui giornali locali, siti web dedicati ed altro.

In realtà in Ontario i primi profili di salute delle regioni che compongono la Provincia sono stati elaborati fin dalla metà dell'Ottocento. Questi reports presentavano delle mappe disegnate a mano delle aree salubri di ciascuna zona e davano una prima immagine delle condizioni di igiene e di salute della popolazione residente. La reportistica secondo una concezione più moderna risale a metà degli anni Settanta, quando Eugene Vayda e altri suoi colleghi dell'Università di Toronto cominciarono a pubblicare i loro studi relativi al tasso di interventi chirurgici che mostravano grandi variazioni tra una regione e l'altra dell'Ontario, che non trovavano spiegazioni convincenti nello stato di salute della popolazione e nell'entità dei servizi offerti [Vayda *et al.*, 1984].

Questi studi furono ripetuti a metà degli anni Novanta dall'ICES, confermando grandi variazioni [Naylor *et al.*, 1994] e catturando una grande attenzione dall'opinione pubblica. Il rapporto fu distribuito anche a tutti i medici dall'Associazione Medica Canadese. Successivamente molte





istituzioni cominciarono a lavorare con lo strumento del *Balanced Scorecard* [Harber, 1998] in particolare un gruppo di ricerca dell'Università di Toronto progettò un sistema di valutazione basato sul modello proposto da Kaplan e Norton, prevedendo però un adattamento dei quadranti alle specificità della sanità canadese. In particolare, la dimensione «apprendimento e sviluppo» fu modificata in «integrazione di sistema e cambiamento», mentre quella relativa ai «processi interni» divenne «attività clinica e outcomes». La dimensione finanziaria incluse anche la gestione delle risorse umane e la capacità di investimento [Baker and Pink, 1995]. Questo modello di *Balanced Scorecard* fu adottato dal Consiglio Canadese degli Ospedali Universitari dell'Ontario ed è diventato la base comune per il primo *Balanced Scorecard* trasversale a tutte le istituzioni, compresi tutti gli ospedali universitari delle Province canadesi [Pink et al, 2001].

Negli anni successivi l'attività di valutazione della performance in sanità si intensificò e permise la pubblicazione, nel 1999, del primo report ospedaliero per tutti gli ospedali per acuti dell'Ontario, con il finanziamento dell'Associazione degli Ospedali dell'Ontario. Questo rapporto, che includeva non solo i risultati, ma anche un'ampia introduzione metodologica, fu accompagnato da una serie di interventi di comunicazione esterna. Nel 2001, infine, fu realizzato il primo report specificatamente orientato al pubblico [Brown et al, 2001] e, successivamente, una serie di report analitici su diverse componenti del sistema sanitario (i percorsi clinici complessi e integrati, la riabilitazione, i servizi di salute mentale, la salute per le donne, gli ospedali di comunità), sempre adottando il modello del *Balanced Scorecard* opportunamente adattato ai diversi contesti, sia in termini di dimensioni monitorate che di indicatori selezionati [Brown et al, 2003; Teare et al, 2003; Gibson et al, 2001, 2005; Lin et al, 2005; Magistretti and Brown, 2002].

È importante sottolineare che questa evoluzione si è realizzata su base volontaria e con modalità autonome ed indipendenti dal Governo Centrale, che pur ha finanziato molte iniziative in proposito. La partecipazione volontaria delle istituzioni significava che queste accettavano di mettere





a disposizione dei ricercatori i loro dati sanitari e finanziari, di acquistare servizi per realizzare indagini di soddisfazione dell'utenza con metodologie concordate e infine di fornire molte informazioni sulle modalità operative di gestione adottate. Il sistema di valutazione su base volontaria ha coinvolto il 98% delle strutture ospedaliere per acuti, il 90% dei Pronto Soccorso e tra il 70 e l'85% di tutte le altre tipologie di strutture sanitarie. Malgrado il finanziamento pubblico, il governo non ha mai spinto per trasformare il sistema in obbligatorio.

Nel 2005 la finalità e gli intenti del sistema di valutazione hanno raggiunto una nuova tappa. I tempi di attesa per tutte le prestazioni chirurgiche sono stati pubblicati sul sito web del Governo Provinciale dell'Ontario [Government of Ontario, 2007]. Questi dati hanno trovato spazio nelle negoziazioni tra il Governo e le LHIN, costituendo un set di indicatori ogni anno più cospicuo su cui monitorare l'azione svolta dalle singole istituzioni. A novembre 2007 sono stati pubblicati dall'Istituto Canadese di Informazione Sanitaria i tassi di mortalità in base alla metodologia Jarman [secure.cihi.ca].

2. *Il sistema di misurazione della performance basato sulla strategia*

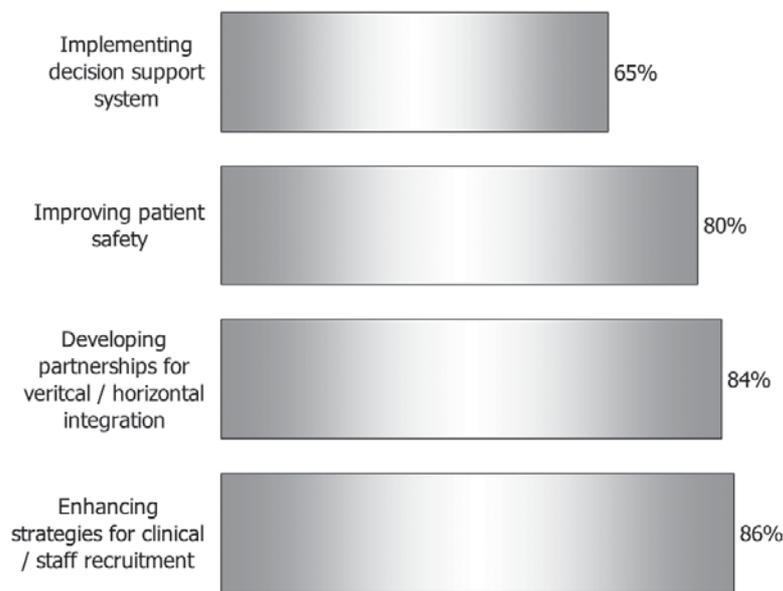
Il modello iniziale di balanced scorecard per le attività ospedaliere adottato dall'Ontario nel 2005 aveva enfatizzato in particolar modo la reportistica «bilanciata» di quattro dimensioni della performance a confronto, ma era stato poco approfondito l'uso di questi indicatori a supporto del processo strategico. Col tempo gli operatori si sono abituati a vedere i dati della performance nella sanità, che non rappresentano quindi più una novità, ed è venuto meno anche il dibattito circa la validità di tali indicatori. Tuttavia, gli ospedali richiedono di far misurare anche tutti gli altri organismi sanitari in modo che esista una responsabilità condivisa sugli outcome ottenuti dal sistema sanitario nel suo complesso.





È risultato infatti chiaro fin dal 2005 che non bastava produrre indicatori, ma era necessario collegare le misurazioni alla strategia. La sfida, nel contesto dell'Ontario, era quella di integrare le diverse dimensioni a livello di sistema sanitario complessivo. Il governo provinciale, infatti, svolge un ruolo importante sia a livello normativo che in termini di finanziamento dei servizi, ma ogni ospedale è un'azienda autonoma con un consiglio di amministrazione, svolgendo un ruolo politico e istituzionale a livello locale. Non esiste, quindi, un'unica strategia ospedaliera. Le istituzioni ospedaliere stesse sono assai varie anche a causa della vastità del territorio; si parte da realtà anche molto piccole (con soli 8 letti) e si arriva fino ad ospedali con un budget annuale di un miliardo di dollari canadesi, con un elevato numero di dipendenti. In questo contesto così eterogeneo, è stato complesso condividere una strategia articolata a livello provinciale.

Grazie ad un'indagine realizzata presso tutti gli ospedali che ha ottenuto un elevato tasso di risposta (82%), ed un ulteriore lavoro di approfondimento portato avanti da un



% delle preferenze date dai Direttori Generali degli ospedali dell'Ontario

FIG. 1. Le strategie di maggiore rilevanza condivise



gruppo di esperti (rappresentativi di 220 ospedali), è stato possibile individuare le strategie di maggiore rilevanza da realizzare nel sistema sanitario dell'Ontario. In particolare, ne sono emerse quattro, da rappresentare nella mappa strategica [Brown, et al 2005]:

1. l'implementazione dei sistemi di supporto ai processi decisionali;
2. il miglioramento della sicurezza per i pazienti
3. lo sviluppo della collaborazione di sistema e l'integrazione verticale

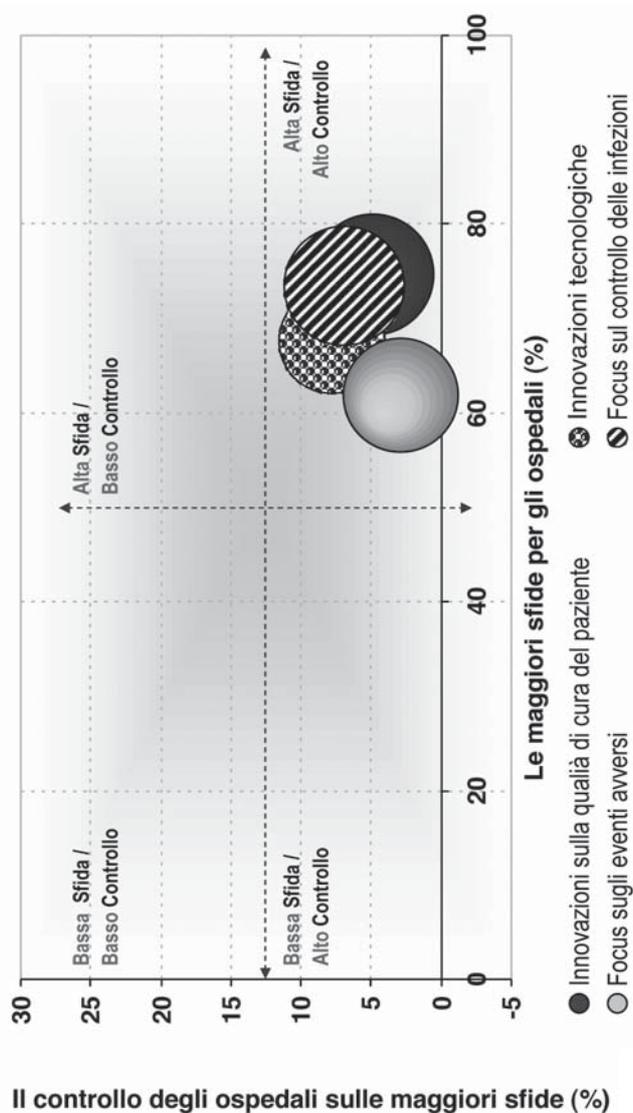


FIG. 2. Indicatori e BSC



4. il miglioramento del reclutamento di risorse umane con competenze professionali adeguate sia sul versante clinico che manageriale.

Sempre mediante il supporto ottenuto da questo gruppo di lavoro è stato possibile costruire le mappe strategiche e collegare gli indicatori presenti nel balanced scorecard al perseguimento delle specifiche strategie individuate.

L'impatto gestionale derivante dall'utilizzo del Balanced Scorecard è stato di maggiore entità nelle istituzioni che hanno ritrovato il collegamento chiaro delle misure alle strategie perseguite, che hanno inserito gli indicatori monitorati nel Balanced Scorecard di sistema anche a livello locale e che hanno usato il confronto e la correlazione statistica tra indicatori come strumento di apprendimento per il miglioramento.

Rispetto a quest'ultimo punto, è stato interessante verificare, per esempio, la relazione statistica tra la partecipazione dei parenti nel processo di riabilitazione per i pazienti di ictus, l'uso delle linee guida e dei protocolli e gli esiti funzionali, nonché la relazione tra l'utilizzo delle linee guida e la formazione degli operatori sulla centralità del paziente ed il miglioramento della soddisfazione del paziente.

3. *La costruzione del Balanced Scorecard a livello di sistema sanitario*

Se il Balanced Scorecard per i servizi sanitari esisteva già fin dagli anni Novanta, è dal 2004 che prende avvio la progettazione del Balanced Scorecard per l'intero sistema sanitario dell'Ontario. In primo luogo è stato necessario capire il livello di performance di partenza del sistema, che già utilizzava migliaia di indicatori nei documenti di pianificazione, ma che effettivamente ne usava pochi a supporto della gestione, in quanto l'attenzione era focalizzata non tanto sui risultati complessivi quanto sulla spesa sostenuta.

Come era stato per gli ospedali, la sfida era quella di capire quali fossero le priorità strategiche per il sistema



sanitario nel suo complesso perché, ancora una volta, non vi era una strategia unica per l'intero sistema. L'obiettivo era quello di costruire una mappa strategica che, con una logica a scatole cinesi, permettesse di integrare la visione governativa fino a quella delle singole istituzioni locali. Il

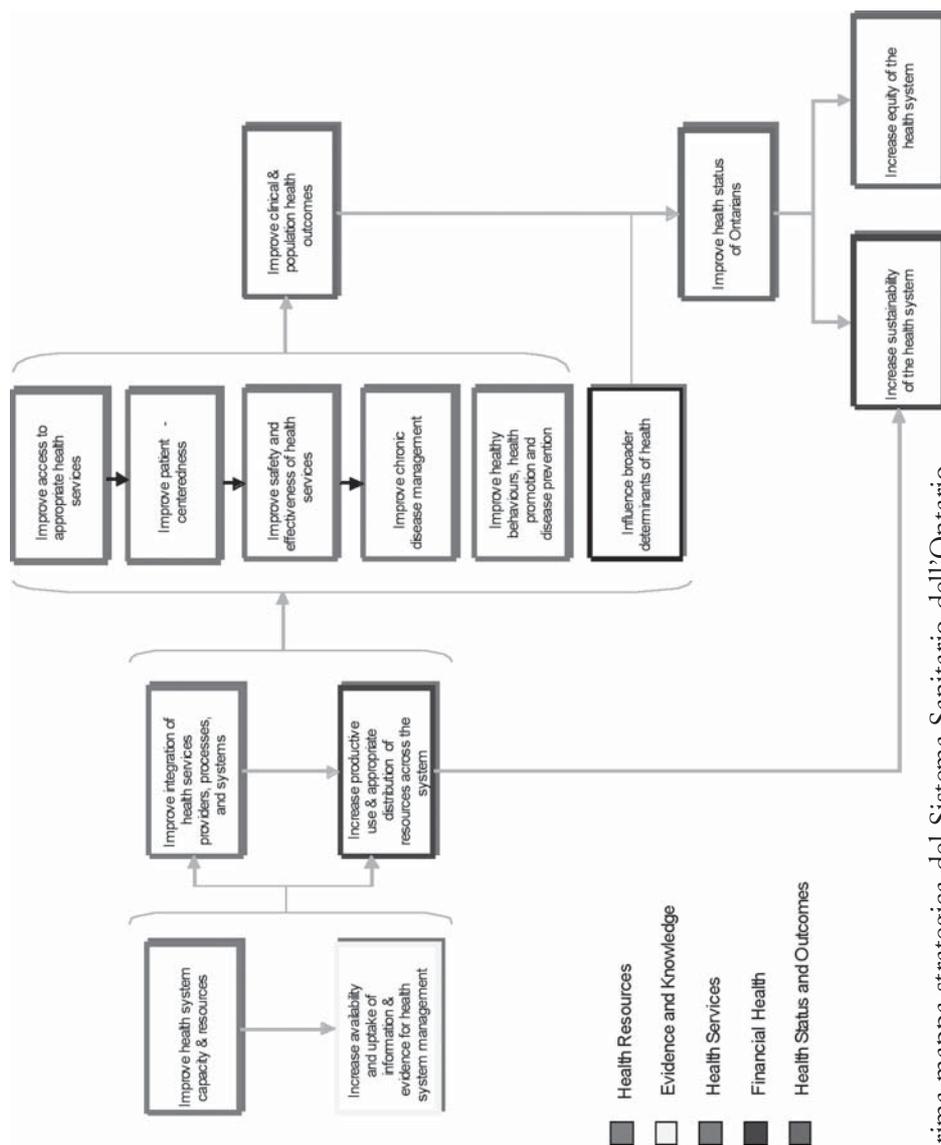


FIG. 3. La prima mappa strategica del Sistema Sanitario dell'Ontario



punto di partenza è stato chiarire le priorità strategiche del governo analizzando tutte le migliaia di documenti di programmazione annuale. La prima mappa elaborata (Fig. 3) è stata presentata ai funzionari ministeriali, e da questi è stata approvata.

Nella mappa viene segnalato in alto a sinistra il punto di partenza per l'attivazione del miglioramento della performance: se vi sono più risorse o un loro migliore utilizzo, si persegue un miglioramento del sistema informativo, che è evidenziato in basso a sinistra; utilizzando meglio le informazioni e le risorse si persegue una maggiore integrazione di sistema e un uso più appropriato delle risorse con conseguenze positive sulla performance complessiva del sistema sanitario.

Le caselle della terza colonna (eccetto l'ultima) si riferiscono proprio ad aspetti rilevanti della performance: un miglior accesso, una migliore centralità del paziente, una maggiore sicurezza per il paziente e la capacità di gestione delle patologie croniche e del comportamento per la difesa e tutela della salute. Tutto ciò ha impatto sulle condizioni di salute della popolazione, ma anche sulla sostenibilità ed equità del sistema.

Questa mappa è diventata uno degli strumenti di gestione più usati dal governo per definire i cosiddetti contratti di «responsabilità» con gli enti regionali (LHIN).

Per misurare le dimensioni della mappa è stata definita una lista di indicatori tra quelli in uso senza inventarne di nuovi. Ne sono stati selezionati 27, che misurano la performance nei vari ambiti. È stato molto importante depolitizzare la selezione degli indicatori: chi ha fatto parte dei comitati è stato scelto come esperto indipendente e questo ha permesso di evitare che ciò fosse oggetto di contrattazione con i sindacati o con le associazioni di settore. La caratteristica di riferimento degli indicatori selezionati è di essere molto trasparenti ed espliciti con un livello elevato di evidenza clinico-sistemica. I risultati della scorecard sono stati sintetizzati in un'unica pagina (vedi fig. 4).

Sull'asse orizzontale della matrice viene rappresentato il trend dell'indicatore, sfavorevole o favorevole, mentre in verticale il confronto con altri paesi. Nel quadrante in alto



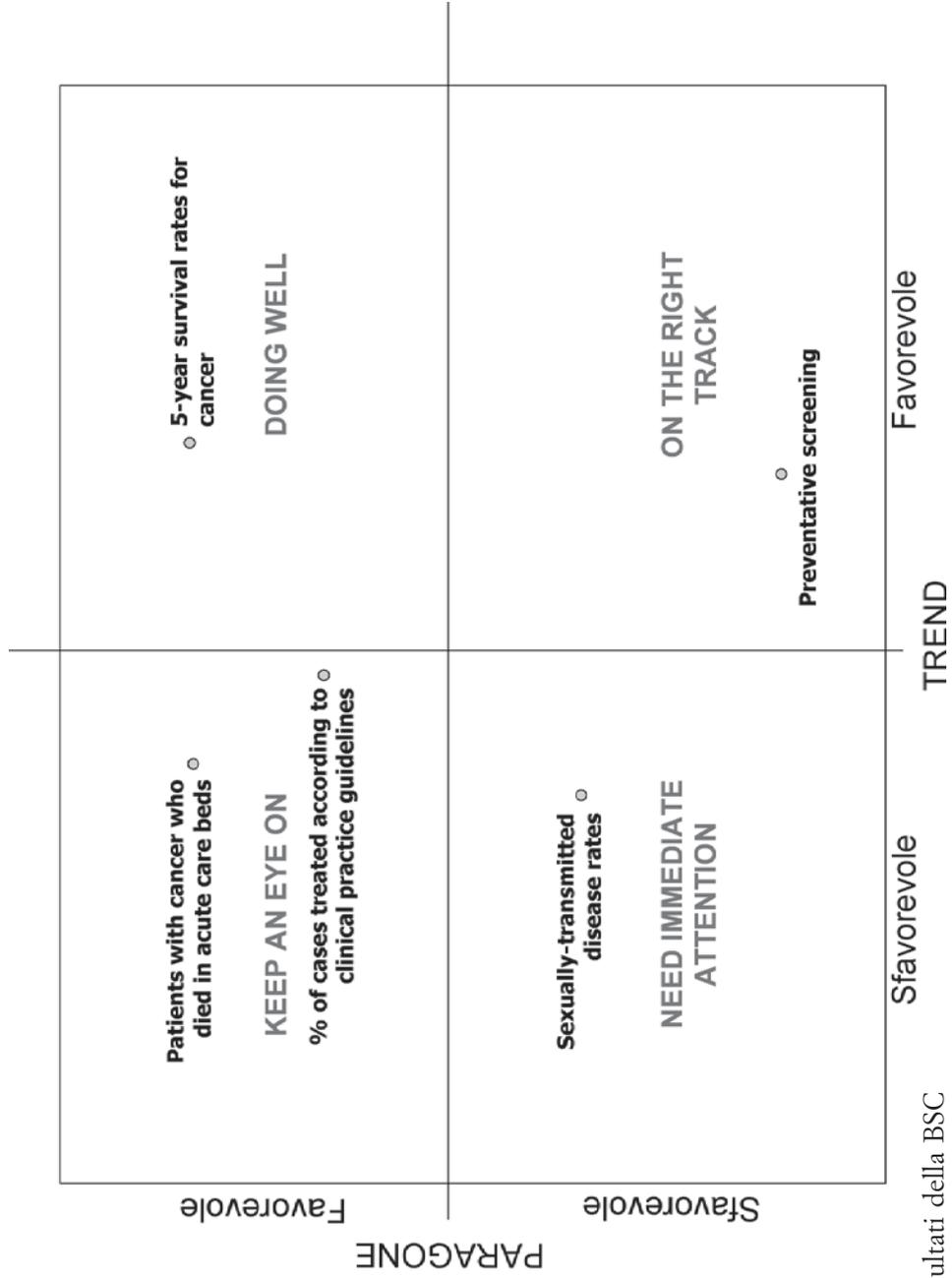


FIG. 4. I risultati della BSC





a destra vi sono casi in cui l'Ontario migliora nel corso del tempo (ad esempio la sopravvivenza per malattie oncologiche); nel quadrante in basso a sinistra sono riportati i casi in cui l'Ontario non migliora nel tempo e risulta peggiore rispetto ad altri paesi nel confronto internazionale (ad esempio le malattie a trasmissione sessuale).

Il quadrante in basso a destra si riferisce agli ambiti che registrano miglioramenti, ma inferiori ad altri paesi, come per gli screening oncologici preventivi. Vi è infatti, ancora oggi in Ontario, una bassissima percentuale di pazienti che si sottopongono alla colonscopia.

Ovviamente, vi sono anche aree in cui la performance del sistema sanitario dell'Ontario è risultata migliore (l'accesso ai servizi, i tempi di attesa per la chirurgia, la riduzione delle fratture ospedaliere per le cadute, la minore percentuale di ricovero per patologie croniche ed, infine, la migliore performance in caso di infarto al miocardio e di tumore). Lo strumento permette di evidenziare dove è necessario un investimento continuo nelle aree in cui i progressi non sono positivi.

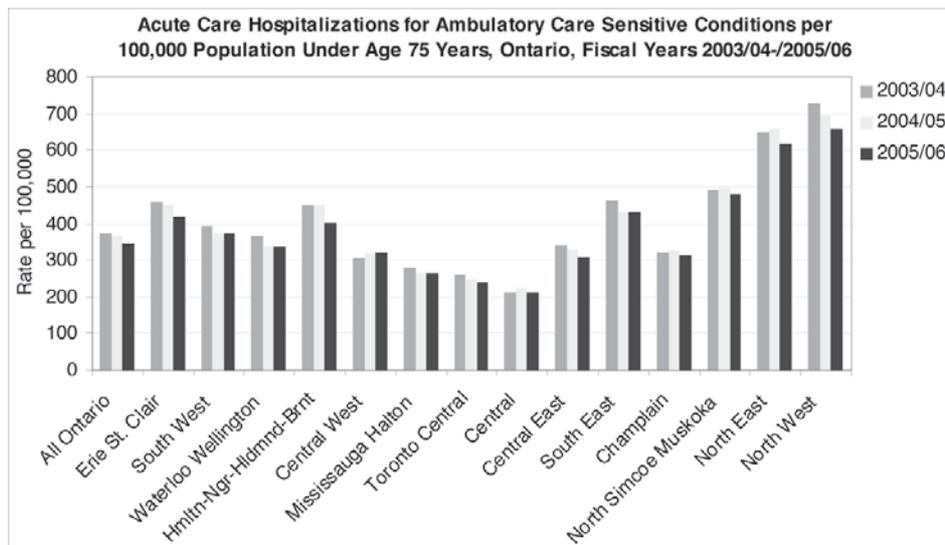


FIG. 5. Il tasso di ospedalizzazione per patologie croniche nelle Regioni dell'Ontario 2003-2006



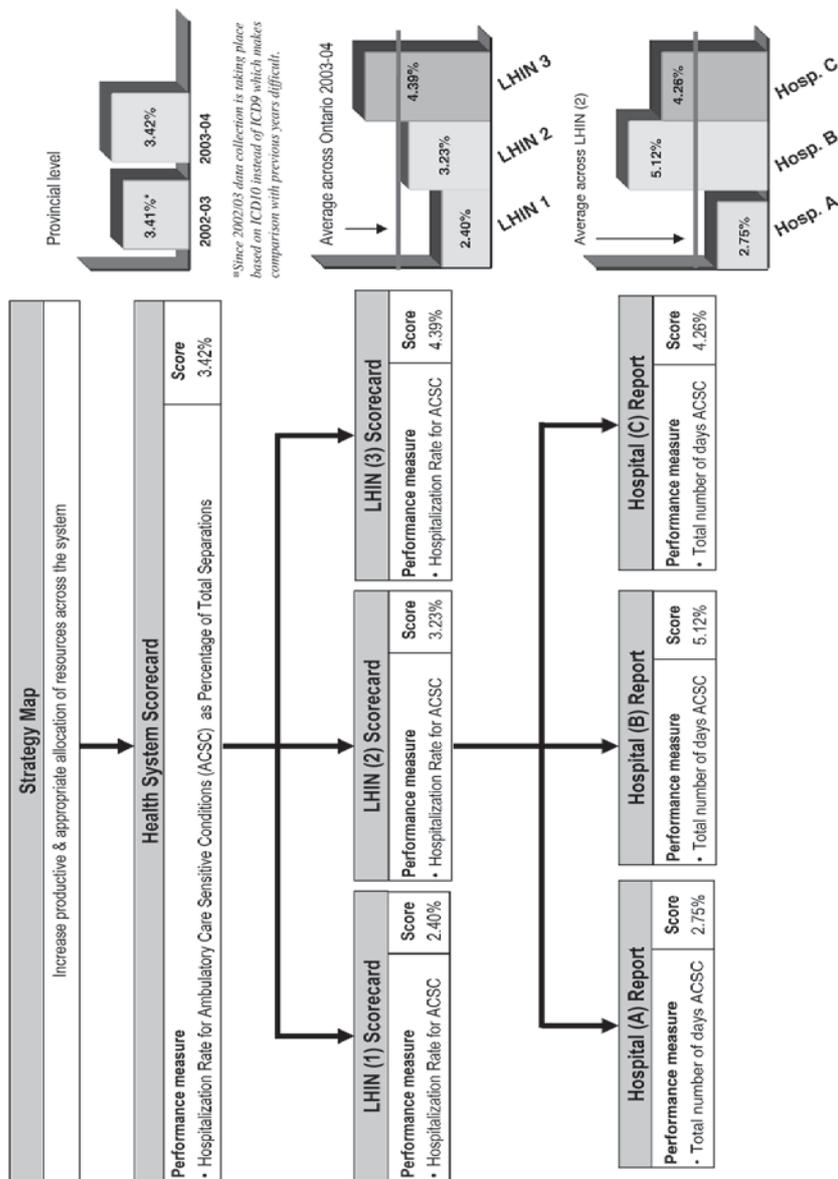


Fig. 6. Legame tra i risultati e i contratti di responsabilità

I risultati possono essere analizzati anche per le singole Regioni.

Il grafico della Fig. 5 presenta, per ciascuna delle regioni dell'Ontario, i risultati nel tempo relativi al tasso di ospedalizzazione per patologie croniche (tasso che poteva essere ridotto grazie a più appropriati servizi di base del territorio). A nord le percentuali sono più elevate, mentre quelle più basse sono quelle del sud, ossia le zone più ricche dell'Ontario. In generale si registra comunque un miglio-



mento della performance nel tempo con un miglioramento, in alcune regioni, del 10-20%.

La scomposizione dei risultati a livello regionale è importante per definire i contratti di responsabilità tra governo centrale e LHIN in forma integrata e coordinata.

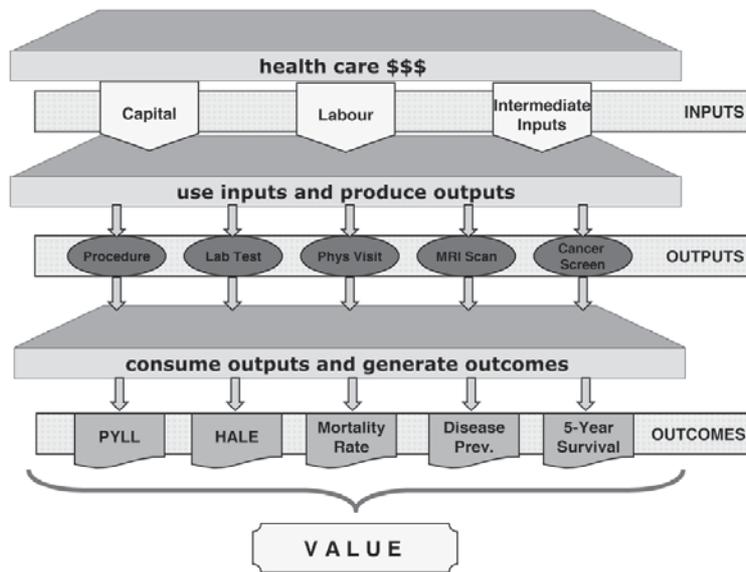
Nella parte alta della Fig. 6 appare la mappa della strategia a livello provinciale con la scorecard che misura il sistema sanitario. Più in basso, con un sistema a cascata, si evidenziano in ciascuna delle regioni gli obiettivi per ciascuna LHIN fino al livello dei singoli ospedali. La revisione dei dati è a cadenza mensile.

Ciò che rimane una sfida su cui il sistema sta lavorando è il collegamento tra gli indicatori e le risorse finanziarie in modo che il budget sia sempre più collegato alle misure strategiche.

Nella figura successiva si rappresenta le modalità con cui la spesa sanitaria, classificata nei suoi fattori determinanti, viene utilizzata per realizzare gli output, che a loro volta generano gli outcome e il valore per il cittadino.

In realtà, nella media degli ultimi anni vi è stato un declino generale della produttività sanitaria: nella figura successiva è rappresentata in rosso la crescita degli input, che sono passati da 20 a 37 miliardi di dollari in dieci anni, con la prospettiva di giungere a 50. Vi è stata quindi una crescita sostanziale degli input anno per anno, ma analizzando la linea blu rappresentativa degli output, si nota una crescita assai più ridotta e questo spiega la linea verde, che misura la produttività, negativa o scarsamente positiva solo negli ultimi anni.





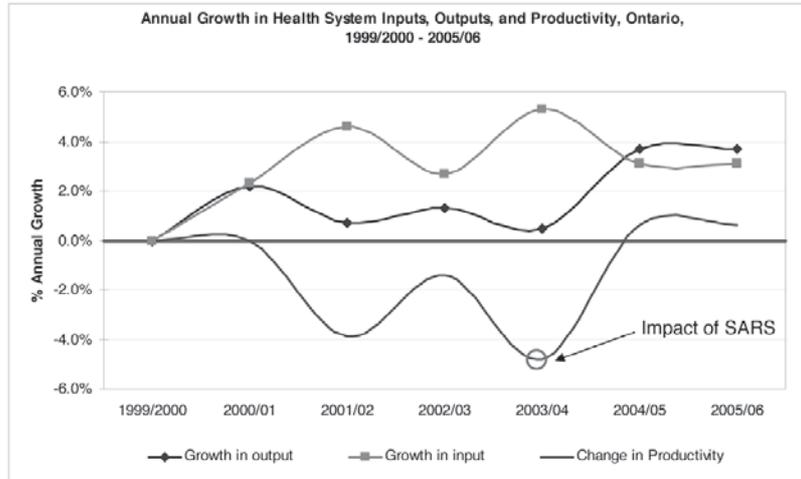
Health care **resources** purchase **inputs** to be used in to produce **services** or **outputs**.

Productivity refers the efficiency with which inputs are converted into outputs.

Outputs are "consumed" to generate **outcomes** - a level of performance or achievement.

The collection of these outcomes comprises the **value** that the system generates for its citizens.

FIG. 7. Relazione tra la spesa sanitaria e il valore prodotto per il cittadino



% change from previous year	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	Cumulative
Growth in Output	2.2%	0.7%	1.3%	0.5%	3.7%	3.7%	12.1%
Growth in Input	2.3%	4.6%	2.7%	5.3%	3.1%	3.1%	21.1%
Change in Productivity	0.0%	-3.9%	-1.4%	-4.8%	0.6%	0.6%	-8.9%

FIG. 8. La produttività sanitaria dal 1999 al 2006





Conclusioni

Tra il 2000 e il 2005 l'utilizzo di questo sistema di valutazione dei risultati ha permesso di capire se l'Ontario sia stato capace di creare valore per il cittadino. In questi ultimi 5 anni si è registrata una diminuzione della produttività nel tempo ma anche un maggiore utilizzo della *evidence based medicine* e delle linee guida. Oggi è possibile individuare quali sono i motori della performance e come le istituzioni utilizzano le risorse.

È stato fatto molto, ma permangono delle difficoltà: il processo di integrazione delle evidenze e dei risultati a supporto dei processi decisionali deve essere ampliato ulteriormente, in modo da avere un'unica lingua da condividere tra i clinici e gli altri partner del sistema.

Il processo di pianificazione, come quello che è stato condotto negli anni passati, deve essere accelerato, così da cogliere i veloci cambiamenti presenti nella realtà. Inoltre, è necessario utilizzare maggiormente la tecnologia diminuendo i supporti cartacei e facilitando i processi decisionali condivisi.

I rapporti sulla performance conseguita dal sistema e dalle istituzioni, pubblicati sul web e disponibili al pubblico, sono solo il principio, e su questa direzione l'Ontario proseguirà la sua strategia di «contabilità pubblica», per far sì che i risultati prodotti dal sistema sanitario siano, anche per il cittadino, trasparenti e misurabili.





TOSHIRO TAKAHASHI

LA MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE NEL NETWORK OSPEDALIERO DI TOKYO*

1. *Premessa*

Il Giappone vanta le aspettative di vita più elevate sia per le donne che per gli uomini, ma non solo. Detiene anche il record del migliore rapporto tra spesa sanitaria sostenuta e prodotto interno lordo con un valore molto più basso rispetto agli altri paesi avanzati. È ovvio ipotizzare che gli ottimi risultati di *outcome* sanitari combinati con il basso costo del sistema sanitario del Giappone siano dovuti all'eccellente funzionamento e performance del sistema sanitario giapponese. Ma è davvero così? Recentemente in molti mettono in dubbio questa conclusione.

Il popolo giapponese è un popolo etnicamente omogeneo che vive in un paese insulare. La spesa sanitaria per persone oltre i 70 anni di età assorbe ormai oltre il 30% dei costi totali e negli anni futuri questa percentuale tenderà ad aumentare. Oggi il Giappone conta su un sistema sanitario di tipo universalistico, in cui ogni cittadino ha il diritto ad essere curato ovunque ed è sempre garantito. Ciascun giapponese deve essere coperto da un'assicurazione di vario tipo, basta che garantisca l'accesso alla cura. Principio fondamentale del sistema sanitario giapponese rimane quello secondo il quale il cittadino ha il diritto di essere curato indipendentemente dalla sua capacità di pagare per i servizi che riceve e di cui ha bisogno.

Un secondo elemento caratterizzante del sistema sanitario giapponese è la libertà della professione medica: ogni professionista può aprire uno studio quando e dove vuole, basta che sia localizzato presso un centro o ambulatorio

*Il presente capitolo è stato predisposto nella sua versione italiana da *Sabina Nuti e Annalisa Brambini*



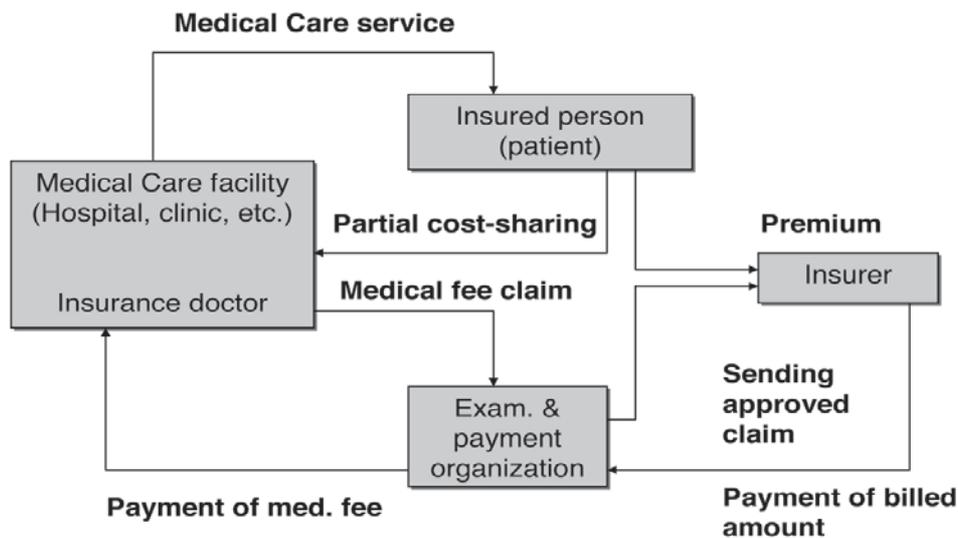


FIG. 1. Sistema di rimborso dei trattamenti medici coperti da assicurazione in Giappone

accreditato dallo Stato. Il paziente deve pagare per le prestazioni mediche che riceve. Per ogni prestazione fornita da un medico corrisponde una tariffa ufficiale che viene corrisposta al medico dal paziente appena è stato erogato il servizio. Successivamente il cittadino potrà richiedere il rimborso all'assicurazione. Negli ultimi anni il costo delle assicurazioni per il cittadino è aumentato del 20-30%. Questo aumento dei costi della sanità minaccia la sostenibilità del sistema stesso. I cittadini giapponesi sempre più spesso si domandano se quanto pagano è veramente adeguato a quanto ricevono, ossia se i servizi offerti nelle varie strutture sanitarie sono appropriati e di qualità. In molti si sta facendo strada la consapevolezza che la sanità giapponese sia ancora organizzata secondo strutture convenzionali inadeguate a sostenere le sfide del futuro. Fino ad oggi i fattori del sistema sono stati considerati i pazienti, le strutture ospedaliere e il medico percepito nel suo rapporto individuale con il paziente ed in posizione di superiorità rispetto ad esso. Per





la sanità del futuro i termini saranno il territorio, il lavoro d'equipe, il consenso tra i vari portatori d'interesse, oltre che la medicina basata sulle evidenze.

2. *La struttura del sistema ospedaliero giapponese*

Nel 2006 il Giappone contava su 8.959 ospedali, di cui l'80% privati. Anche se il settore privato detiene l'80% delle strutture, esso offre solo il 60% dei posti letto. Gli ospedali privati, che nonostante il numero di posti letto offerti giocano un ruolo da protagonisti nella sanità giapponese, devono autofinanziarsi e garantire i capitali necessari per le ristrutturazioni o le ricostruzioni. Essi devono competere con gli ospedali pubblici per quanto riguarda le tariffe delle prestazioni mediche. La fonte di reddito degli ospedali pubblici consiste essenzialmente nelle tasse e nei titoli finanziari emessi dagli enti locali. Il servizio privato in ambito sanitario viene tradizionalmente considerato di minore qualità. L'opinione generalizzata è che il settore privato sia capace di offrire servizi di bassa complessità ed elevati volumi mentre le strutture pubbliche sono votate al terzo livello, ossia a prestazioni di elevata complessità. Rispetto agli altri paesi occidentali il Giappone ha più letti per abitante, ma minor numero di medici. Questo è dovuto al fatto che molti ospedali svolgono il ruolo di case di riposo, in particolare quelli privati, che quindi svolgono attività di assistenza sociale. Inoltre gli ospedali sono subordinati ad una normativa secondo cui la direzione di ogni ospedale deve essere costituita da medici. Quindi in molti casi negli ospedali privati il direttore sanitario è anche il manager dell'ospedale.

Gli ospedali possono essere inoltre classificati in base al bacino d'utenza a cui si rivolgono.

Vi sono ospedali *nazionali*, di cui alcuni con elevato livello di specializzazione, che sono enti amministrativi autonomi. Alcuni di questi ospedali nazionali sono stati ultimamente venduti al settore privato.

Vi sono ospedali *pubblici comunali*, come per esempio gli ospedali della Croce Rossa giapponese.



**Detail of Hospitals by Ownership:
8,959 Hospitals in 2006**

National Hospitals: 292

- Ministry of Health and Welfare 22
- National University Corporation 49
- Independent Administrative Agency National Hospital Organization 146
- Independent Administrative Agency Japan Labor Health and Welfare Organization 36
- Others 39

Public Hospitals: 1,353

Local & Municipal Government : 1,049

- Prefectural Hospital 294
- Community Hospital 755

Quasi-Public : 304

- Red Cross 93
- Saiseikai 80
- Kouseiren 123
- Hokkaido Social Work Association 7
- National Health Insurance Unions' Association 1

Private Hospitals: 7,314

- Social Insurance Related 125
- Public Benefit Corporation 405
- **Corporate** 5,700
- Educational Corporation 103
- Social Welfare Corporation 186
- Health Co-operative Association of JCCU 83
- **Company** 55
- Other Corporations 47
- **Private Practice** 610

Hospital and Clinic

Hospital: 8,959

- General hospital : 7,886
(Re-appear Acute + Long-term care Hospital : 4,276)
- Psychiatric hospital: 1,072

Clinic 98,432

1~19 beds 12,898
0 beds 85,534

FIG. 2. Classificazione degli ospedali in Giappone



Vi sono ospedali *appartenenti ad enti*, di varia natura (come enti religiosi), la cui filosofia di gestione è molto simile alle strutture amministrative da aziende private.

Fino a qualche anno fa infatti, alcune tra le grandi imprese giapponesi avevano anche costituito i propri ospedali, aperti ai propri dipendenti e alle loro famiglie. È il caso dell'ospedale Sumimoto, del Memorial Hospital della Toyota, strutture molto moderne e gestite con grandi competenze manageriali provenienti dalla casa madre. È questa stessa, per esempio, che si occupa di selezionare e assumere il personale non medico dell'ospedale e di impostare i sistemi di gestione delle risorse umane. Ciò implica una differenza nella qualità e nella motivazione di chi lavora in tali ospedali rispetto a quelli più piccoli.

Ci sono poi le cliniche private e gli studi professionali che vengono gestiti come aziende familiari. Le strategie di finanziamento e gestione variano qui in modo molto ampio.



3. *La valutazione della performance*



Il Giappone detiene la leadership nella gestione della qualità in molti settori, come è noto per esempio dai risultati ottenuti dalla Toyota e dalla Sony. Come ha sottolineato Berwick, a seguito dell'eccessivo legame del sistema sanitario con i concetti di competenza professionale e di buona volontà individuale, il contesto sanitario giapponese è stato considerato da sempre come un ambito in cui la qualità della gestione risultava molto inferiore rispetto al settore industriale. I tentativi di migliorare la situazione sono spesso falliti, in quanto non si è riusciti a fare molto di più che garantire la conformità delle strutture sanitarie agli standard di accreditamento, ossia la verifica della qualità delle strutture è rimasta esclusivamente legata al solo sistema di licenza iniziale.

Nel 2006 la riforma della normativa nella sanità ha obbligato le istituzioni mediche a rendere pubbliche le informazioni relative alla sicurezza e alla qualità dei servizi resi





con la richiesta di adottare indicatori clinici, per consentire ai pazienti di scegliere il centro dove farsi curare. Malgrado la normativa, vi sono ancora notevoli problemi, in particolare nella definizione degli indicatori clinici da adottare.

Anche in Giappone, pur se in ritardo rispetto ad altri paesi occidentali, negli ultimi anni è stata introdotta la medicina basata sulle evidenze e con essa il metodo della standardizzazione e misurazione, dove possibile, delle attività svolte e dei risultati conseguiti.

Un altro grande cambiamento riguarda il comportamento dei cittadini, che sono diventati molto più attenti alla qualità dei servizi sanitari, con maggiore consapevolezza dei propri diritti. Infine non dobbiamo dimenticare il ruolo svolto dallo sviluppo delle tecnologie informatiche e dalla diffusione delle informazioni sulla sanità.

Con queste premesse il sistema sanitario giapponese si è aperto a strumenti di gestione come la *balanced score card* e l'iso 9000. In molti casi questi due strumenti sono stati introdotti in parallelo, anche se l'enfasi nell'ultimo periodo è stata posta sui sistemi di misurazione degli esiti e della qualità finale dei servizi resi. A tal fine è stata condotta una rilevante attività di ricerca da parte dell'Associazione Ospedaliera dell'area metropolitana di Tokyo. Inoltre è in atto una iniziativa politica per prevedere dei soggetti terzi autonomi nel contesto dell'organizzazione ospedaliera nazionale, che svolgano l'attività di valutazione e monitoraggio dei risultati. Infine, il tema è stato identificato tra le priorità di ricerca del Ministero della Sanità.

Nel 2001 è stata realizzata una prima ricerca condotta con il patrocinio dell'associazione ospedaliera dell'area metropolitana di Tokyo, a cui hanno partecipato 10 ospedali in forma volontaria ed in cui sono stati messi a confronto per la prima volta indicatori chiave quali i tassi di mortalità, i giorni medi di degenza, la percentuale di ri-ricovero non pianificata. Attualmente hanno aderito allo studio 60 ospedali e gli indicatori riguardano ormai 25 patologie, tra cui l'infarto acuto al miocardio, l'ictus, il tumore allo stomaco.

I risultati sono stati resi pubblici, ma mantengono la forma anonima. L'anonimato degli ospedali è una politica





opposta all'impostazione prevalente in Nord America. I dati non sono resi pubblici perché non sono corretti in base al rischio e quindi non consentono una valutazione obiettiva della performance. Questa ricerca è ancora in corso, ma non è chiaro in che misura il management sarà disponibile a rendere pubblica la valutazione una volta standardizzati i dati.

Nel 2005 l'Organizzazione Nazionale degli ospedali ha cominciato a svolgere un lavoro di confronto di risultati relativi a indicatori clinici e di gestione per 152 ospedali che hanno partecipato allo studio di comparazione. Ma anche questo sistema ha progressivamente diminuito la propria attività e, ad oggi, non ne è stata sfruttata la piena potenzialità.

In Giappone è stato costituito anche il Consiglio Giapponese per la Sanità di Qualità, che è stato fondato nel 1995 come ente di accreditamento, sulla scia di quanto fatto negli Stati Uniti e nel Canada. Ogni ospedale che partecipa viene valutato dal Consiglio per quanto riguarda i processi, ma

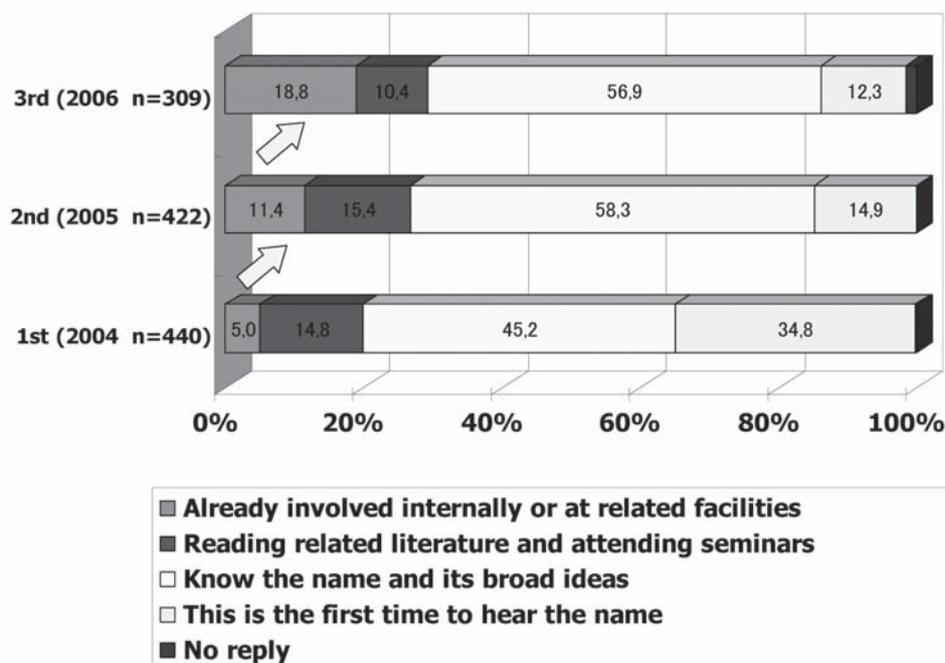


FIG. 3. Adozione del sistema BSC negli ospedali giapponesi





non per quanto riguarda i risultati. Ad ogni ospedale viene consegnato un rapporto della valutazione perseguita, che è disponibile anche su internet.

Queste attività stanno lentamente portando dei frutti, ma il percorso è ancora lento e i risultati non ancora abbastanza rappresentativi per fornire dati a livello nazionale. Tuttavia gli sforzi in questa direzione dovrebbero aiutare a superare la scarsa fiducia che i Giapponesi hanno verso la sanità.

L'introduzione del modello del *balanced scorecard* a livello di singolo ospedale ha avuto, invece, maggiore successo negli ultimi anni. In una ricerca condotta dalla Nihon University in collaborazione con la JMA [Japan Management Association], risulta che la percentuale degli ospedali che hanno adottato il sistema *balanced scorecard* è passato dal 5% nel 2004 al 19% nel 2006 (vedi fig. 3).

In realtà il sistema ha permesso alle strutture che lo hanno implementato più di supportare i processi di gestione strategica (78% dei casi) che di effettuare la valutazione della performance (21% dei casi).

Rimane in ogni caso uno strumento di gestione fondamentale per ottenere un profondo cambiamento culturale nelle direzioni responsabili della conduzione delle strutture

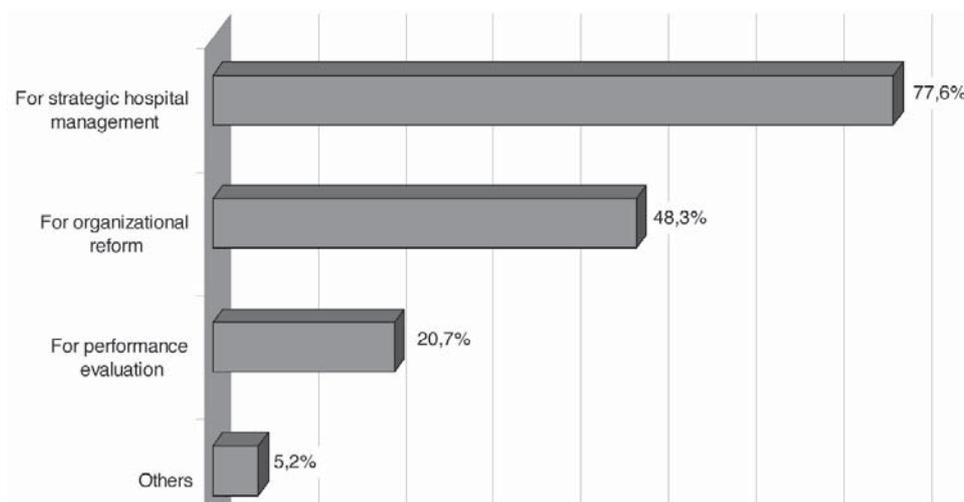


FIG. 4. Effetti dell'uso del BSC nelle strutture che lo hanno implementato





sanitarie e rappresenta una modalità di apprendimento sulle determinanti multidimensionali dei risultati conseguiti.

Conclusioni

Il sistema sanitario giapponese è ancora caratterizzato dal non avere un procedimento per la valutazione della performance, adottato a livello nazionale e basato su indicatori rigorosi e condivisi. Superare questo ostacolo è imperativo per garantire un percorso affrontato con metodo scientifico e che risponda al bisogno di trasparenza dei cittadini.

L'implementazione, anche nel contesto sanitario della metodologia dei «circoli della qualità», ha attivato sicuramente un cambiamento culturale significativo, ma vi è ancora molta strada da fare, soprattutto nell'identificazione di indicatori significativi di natura non finanziaria, nel processo di condivisione tra i soggetti del sistema e infine nella comunicazione esterna della performance.

Lo stato di salute invidiabile dei giapponesi non è stato determinato dalla bontà dei sistemi di gestione adottati dalla sanità, ma certamente non introdurre oggi modalità di governo più adeguate, rigorose nel metodo e nei dati, rischia di minare la sostenibilità del sistema sanitario stesso e di compromettere i risultati fino ad oggi ottenuti.







MARC BERG

RISULTATI E PROSPETTIVE PER LA
VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE
NELLA SANITÀ OLANDESE*

Premessa

Ormai in tutti i paesi occidentali il costo dei servizi sanitari è diventato una grande criticità per il suo inesorabile trend di crescita, a cui spesso non corrisponde un'adeguata qualità dei servizi offerti, o almeno è questa la percezione di molti cittadini. L'allungamento della vita ha determinato la presenza sempre più frequente nella popolazione anziana di patologie croniche, ma la medicina occidentale è ancora legata al paradigma della malattia acuta che si cura in ospedale e che permette di ritornare ad uno stato di buona salute. Questo è quasi sempre impossibile per le malattie croniche, che sono spesso curate come patologie acute con un grande dispendio di risorse.

Basti pensare che in Olanda solo il 30% dei pazienti diabetici riceve un trattamento appropriato, mentre il rimanente è curato con frequenti ricoveri e senza agire sufficientemente sulla prevenzione, evitando la fase acuta.

Per altre patologie croniche si compiono ancora errori diagnostici: a chi ha l'asma vengono prescritti farmaci per broncopatia cronico-ostruttiva anche se non sono affetti da tale patologia. Si registrano errori nell'uso eccessivo e non appropriato dei farmaci, nell'uso della risorsa ospedaliera quando questa non serve ma per l'assistenza potrebbe essere attivata una forma meno costosa. Nella sanità, infatti, peggiore è l'assistenza, più alti sono i costi.

Per l'Olanda si calcola che gli errori e la non appro-

*Il presente capitolo è stato predisposto nella sua versione italiana da *Sabina Nuti e Annalisa Brambini*





priatezza costano al sistema circa il 30% della spesa complessiva.

Molti ritengono che la qualità sia inadeguata perché nel sistema sanitario si investono ancora poche risorse: in realtà non è così, ma è vero l'opposto. Un sistema con elevata qualità risulta più efficiente e consuma meno risorse. Fondamentale per attivare questo circolo virtuoso tra qualità dei servizi ed efficienza economica è la motivazione degli operatori sanitari e in questo un ruolo assai delicato è svolto dai meccanismi di incentivazione che possono essere addirittura fuorvianti.

In Olanda, il sistema degli incentivi fino a pochi anni fa premiava i comportamenti contrari alla qualità: le risorse finanziarie erano legate alle giornate di degenza e quindi gli ospedali con degenze più lunghe, più frequenti complicazioni e maggiori ri-ricoveri ricevevano maggiori finanziamenti, punendo la qualità elevata degli ospedali che cercavano di risparmiare ed avevano ricoveri di durata minore.

A tale proposito è estremamente interessante lo studio pubblicato da Jarman che ha verificato, nel 2000 negli Stati Uniti, il rapporto tra la mortalità ospedaliera standardizzata su un gran numero di fattori e il costo (ossia il rimborso ottenuto).

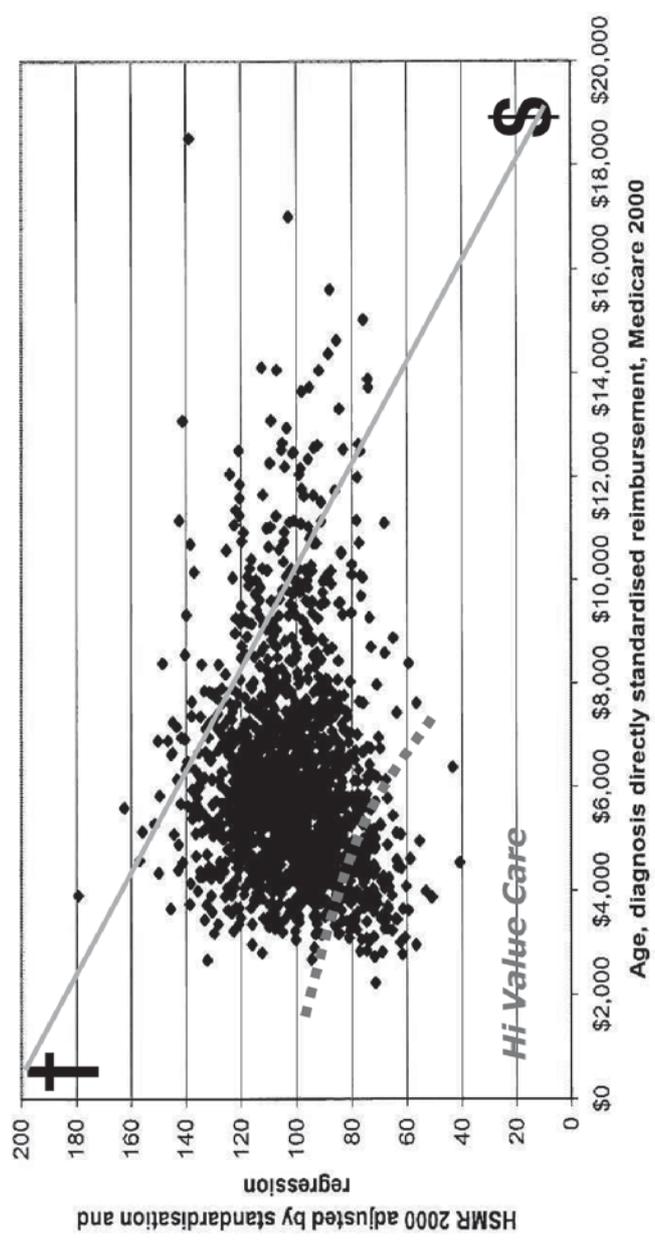
Sull'asse verticale della Fig. 1 è indicata la mortalità, sull'asse orizzontale i costi sostenuti. Appare chiaro che non c'è correlazione tra costi e qualità, o meglio: vi è addirittura una relazione di inversa proporzionalità. Se la media delle osservazioni è pari a circa 100, le istituzioni che hanno un risultato di mortalità oltre 100 hanno una qualità scadente, mentre se sono sotto la media hanno una buona qualità di cura. Il grafico mostra inoltre che in base all'ospedale dove si è ricoverati, la probabilità di morire può aumentare di ben quattro volte. In Olanda è stato realizzato lo stesso studio ed i risultati sono simili, anche se le variazioni non sono così ampie. L'obiettivo rimane, però, quello di spingere il sistema verso l'angolo in basso a sinistra, per ottenere qualità elevata e costi bassi. E i sistemi di incentivi si collocano in questa direzione fondamentale, dato che l'apporto dei professionisti sanitari alla qualità del sistema rimane la leva di maggiore rilevanza.





Factor 4

Fig 1: HSMR vs standardised reimbursement
(year 2000 Medicare data for 1739 hospitals with sufficient good quality data)



Factor 6

Brian Jarman, UK

FIG. 1. Rapporto tra mortalità ospedaliera standardizzata e il rimborso ottenuto





1. *La riforma del sistema sanitario in Olanda*

Il sistema sanitario olandese ha avviato un profondo processo di cambiamento e di riforma ponendosi l'obiettivo di creare un sistema capace di:

- erogare servizi di elevata qualità in modo efficiente
- essere centrato sui bisogni del paziente
- garantire l'equità
- essere tempestivo nella propria capacità di risposta ai bisogni del cittadino.

Il contenimento dei costi è una strategia importante non solo per la sostenibilità stessa del sistema attuale, ma anche per garantire adeguati servizi alle generazioni future.

Il metodo adottato è stato quello di attivare maggiore competizione tra le istituzioni a fronte di un sistema di finanziamento teso a premiare la produttività. A tal fine sono stati introdotti i DRG (raggruppamenti omogenei per diagnosi) superando la logica del finanziamento in base alle caratteristiche dell'offerta (numero di letti, numero di medici, ecc.).

Gli erogatori del sistema sanitario olandese sono quasi tutti organizzazioni private senza scopo di lucro. Il sistema di finanziamento trova il perno nelle assicurazioni private, che sono vincolate ad offrire un pacchetto di base di servizi definito dal governo. Le assicurazioni non possono fare una selezione degli assicurati, ma devono accettare di far pagare a tutti lo stesso premio, indipendentemente dal loro livello di rischio. Non si tratta quindi di un libero mercato, ma più correttamente di un mercato regolamentato.

Le assicurazioni possono offrire qualità elevata a bassi costi tramite dei contratti con gli erogatori di servizi sanitari, che in Olanda sono chiamati «DBC» (combinazione tra diagnosi e trattamento): in sostanza qualsiasi erogatore che offra qualità elevata e costi bassi tende ad essere appetibile per l'assicurazione, e le compagnie assicurative cercano tali erogatori socio-sanitari perché, in questo modo, possono ridurre il premio da far pagare ai cittadini. In Olanda si è





creata in effetti una buona concorrenza. Si può opinare se sia giusto che le compagnie assicurative abbiano questo ruolo, ma in ogni caso l'impatto di questo nuovo meccanismo è stato quello di incoraggiare le istituzioni ad erogare servizi sanitari di migliore qualità a prezzi più bassi, si è creata una maggiore concorrenza tra gli erogatori stessi e inoltre sono stati aperti nuovi ospedali.

Ciò che è molto cambiato è anche l'oggetto della comunicazione esterna degli ospedali, che prima verteva sulle caratteristiche dell'offerta, ossia sugli elementi strutturali, mentre oggi si focalizza sulla qualità del servizio. Le informazioni relative alla qualità dei servizi offerti sono diventate pubbliche ed essenziali per la contrattazione con le assicurazioni, che proprio sul rapporto qualità/costo basano le proprie negoziazioni. Tale comunicazione è fondamentale anche per il cittadino che deve poi acquisire il pacchetto di servizi dalla propria assicurazione e che ottiene un potere rilevante grazie al suo diritto di scelta. Se fino a ieri era stato possibile confrontare gli ospedali sui costi sostenuti, oggi è obbligatorio farlo anche sulla qualità delle prestazioni rese. A questo scopo risulta quindi fondamentale poter disporre di un set di indicatori su cui basare l'analisi e la valutazione della performance e su cui poter classificare gli ospedali. La comunicazione esterna del livello di qualità dei servizi offerti permette inoltre, più che una competizione tra ospedali, una concorrenza sui «prodotti», permettendo tra l'altro alle istituzioni di specializzarsi e di concentrare la propria attività sulle prestazioni su cui hanno maggiore qualità e, conseguentemente, maggiori volumi, con un effetto virtuoso sulla qualità sanitaria.

2. *La valorizzazione economica dei percorsi assistenziali*

Rispetto al sistema tariffario DRG, in Olanda in questi anni è in fase di introduzione un sistema di finanziamento più complesso, che tende a valorizzare gli interi percorsi assistenziali per favorire la continuità e l'integrazione dei professionisti a beneficio del paziente.





Nel caso per esempio di malattie croniche come il diabete, il finanziamento non è più per la singola prestazione (visita specialistica, ricovero) ricevuta da un paziente, ossia non si concentra su una tappa del ciclo terapeutico, bensì su tutto il percorso assistenziale in quanto tale.

Il pacchetto di servizi relativo alla cura dei pazienti diabetici, quindi (Fig. 2), consiste nell'insieme di prestazioni di un anno di cura del diabetico; il DRG è unico per ciascun paziente, da suddividere tra medico di famiglia e altri soggetti quali gli ospedali o gli specialisti che possono essere coinvolti nel percorso di cura, obbligando i professionisti a collaborare con loro e a definire congiuntamente le linee guida del percorso e l'insieme di prestazioni attese e che il paziente può richiedere per quel pacchetto di servizi.

La maggiore complessità rimane nella medicina di base dove, una volta incluse le loro prestazioni nei percorsi assistenziali per i pazienti cronici o per altre chiare patologie quali l'oncologia, è difficile articolare e identificare in «prodotti» separati le loro prestazioni. Forse non è neanche desiderabile per non incorrere nell'effetto dell'aumento del volume delle prestazioni non appropriate.

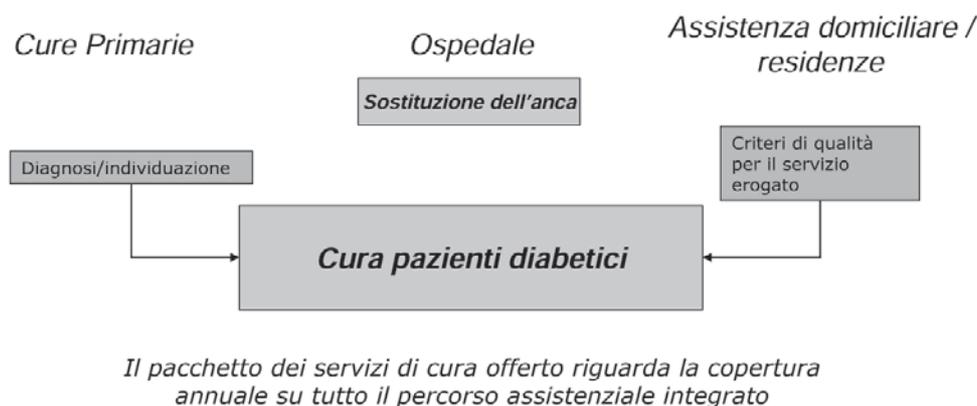


FIG. 2. Il finanziamento nei casi di malattie croniche quali il diabete



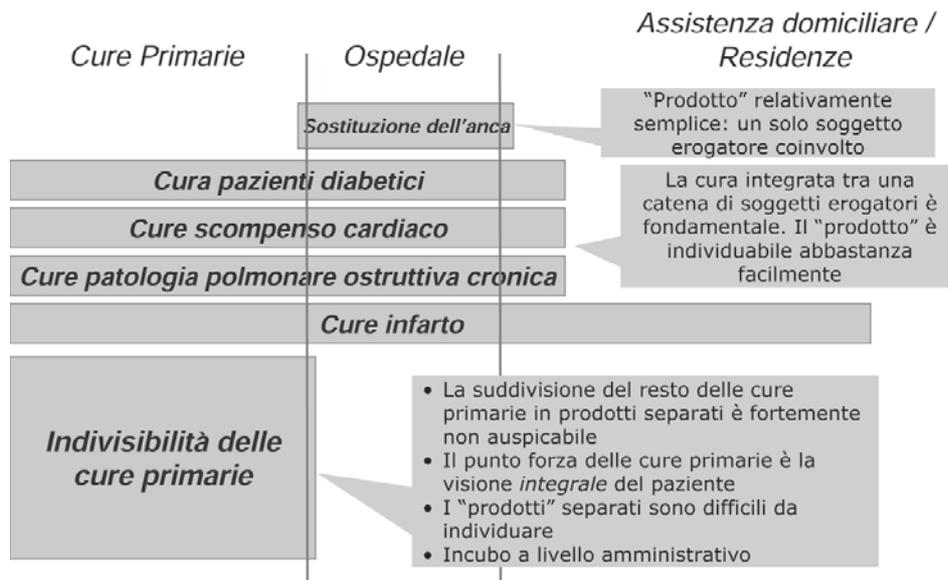


FIG. 3. Prestazioni della Medicina di Base intese come «prodotti»

3. Gli indicatori di valutazione

Quali sono gli indicatori utilizzati in Olanda alla base della valutazione della performance che del sistema di valorizzazione economica?

In primo luogo sono utilizzati indicatori di esito, qualità e sicurezza elaborati dall'Ispettorato alla Sanità dell'Olanda, che è un organismo governativo costituito proprio con la finalità di predisporre indicatori di qualità per l'80% delle patologie curate nel sistema. Esempi sono i tassi di mortalità standardizzata, la presenza di piaghe da decubito, e indicatori specifici per malattie come ictus, infarto del miocardio, ecc.

Spetta all'Ispettorato valutare e controllare la qualità sostanziale negli ospedali monitorati: ne ha un preciso mandato giuridico. Non è invece sua responsabilità la creazione e selezione degli indicatori, che è di competenza dei professionisti sanitari. Il Ministero ha delineato un processo politico specifico per la loro formulazione, in cui tutti i soggetti del sistema devono essere coinvolti. Per esempio, per gli indicatori di efficacia sanitaria, sono gli organismi





professionali sanitari ad avere la leadership nella fase di proposta e selezione degli indicatori, mentre per la qualità percepita e per la sicurezza dei pazienti sono protagoniste le organizzazioni dei consumatori e dei pazienti. Il sistema cerca quindi di dare spazio in modo armonioso a tutti i componenti del sistema e ai differenti portatori di interesse.



FIG. 4. La logica della complementarità nel sistema sanitario olandese

Grande rilevanza è stata data, infine, alle informazioni ricevute dai pazienti e dai cittadini stessi. Le analisi di soddisfazione si sono trasformate sempre più in indagini tese a raccogliere le «esperienze» dei pazienti più che la soddisfazione, in modo da verificare, mediante l'utenza, se i servizi sono stati effettivamente erogati come previsto nelle linee guida. Con questo modello è stata analizzata la qualità anche dei servizi territoriali residenziali, case di riposo e servizi di assistenza domiciliare, chiedendo direttamente all'utenza come il servizio fosse stato erogato.

Infine un elemento di metodo importante per tutti gli indicatori utilizzati nel sistema: non vengono mai fissati standard di minimo perché rischiano di essere demotivanti





per chi ha performance superiori. È invece importante fornire orientamenti al miglioramento per spingere tutto il sistema ad elevare la performance. Il riferimento per tutte le istituzioni è quindi la *best practice* (Figura 5).

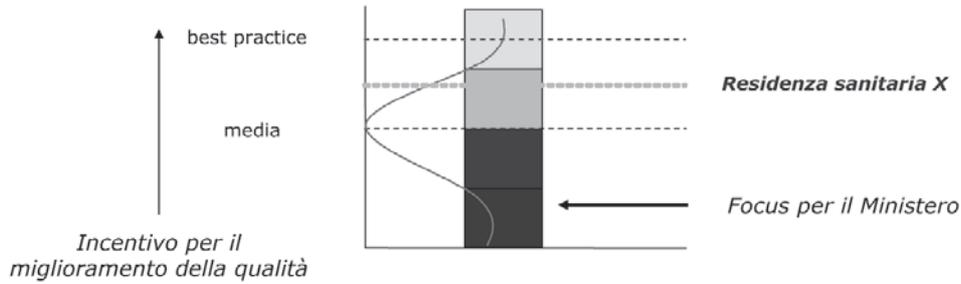


FIG. 5. La best practice come standard di riferimento

Conclusioni

Sono ormai cinque anni che in Olanda è stato adottato un sistema di misurazione della qualità, almeno per gli ospedali. L'importante è iniziare il processo e cominciare ad elaborare gli indicatori, pubblicarli ed usare i dati. Anche le istituzioni che non forniscono dati il primo anno, successivamente si organizzano e li forniscono l'anno seguente per non essere esclusi dal sistema di finanziamento.

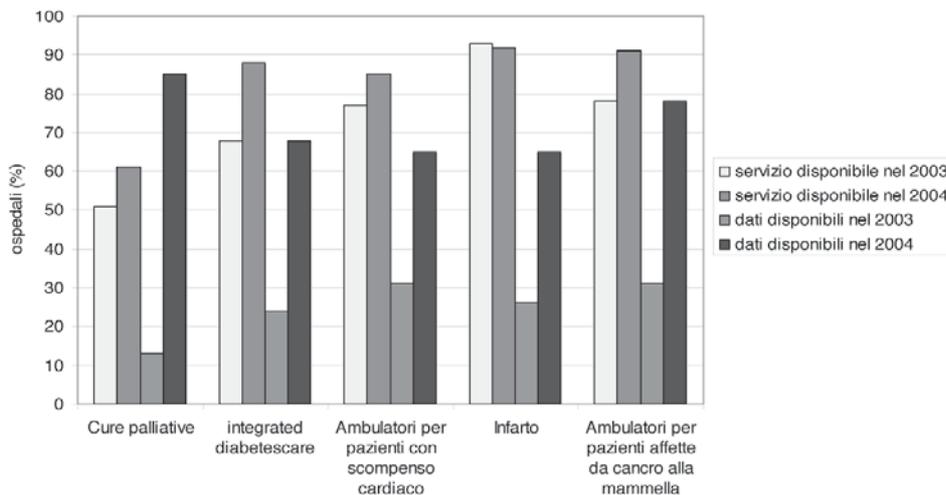


FIG. 6. La disponibilità dei dati per la valutazione





L'Olanda dispone oggi di un sistema di indicatori di valutazione complessivi per il 100% degli ospedali e, in questo contesto, si registra ormai un notevole cambiamento culturale. Anche per le RSA e gli ospedali di comunità sono oggi, nel 2007, disponibili e pubblicati ben trenta indicatori. Nei prossimi anni seguiranno i servizi di salute mentale, medicina di base, servizi per gli handicappati e i servizi di salute pubblica.

Infine, per gli ospedali, si prevede che nei prossimi 5 anni gli indicatori da «globali» siano trasformati in indicatori «di processo», per monitorare i percorsi assistenziali almeno per l'80% delle patologie mediante la valutazione dei precedentemente citati «prodotti».





GWYN BEVAN

I SISTEMI DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INGLESI A CONFRONTO: RISULTATI OTTENUTI DALLA REGIONALIZZAZIONE*

Premessa

Il sistema sanitario inglese negli ultimi 50 anni ha rappresentato per il nostro paese un fiore all'occhiello che molti altri Paesi hanno invidiato. Ma all'inizio degli anni Novanta la performance inglese in termini di outcome sanitari risultava essere la peggiore in Europa come si può osservare nel grafico che segue, in cui appare evidente che il tasso di sopravvivenza a cinque anni per le malattie oncologiche era il minore in Europa.

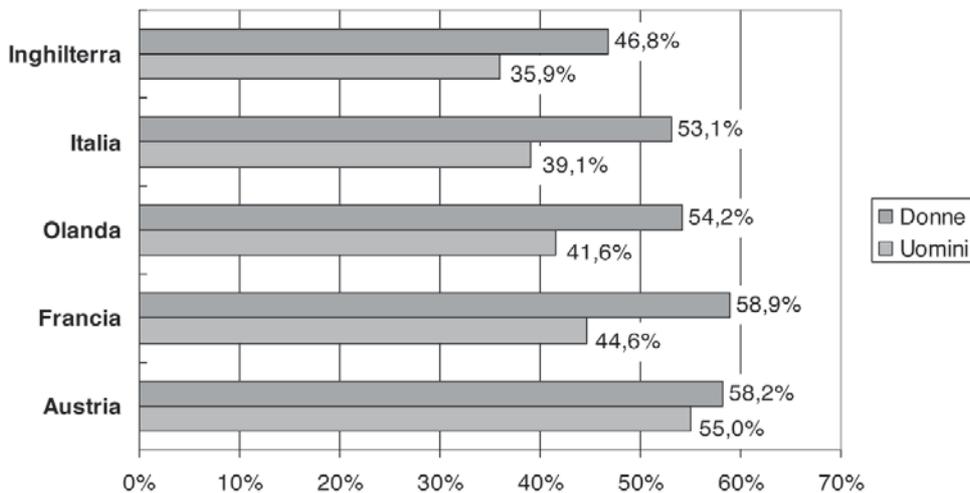


FIG. 1. La performance inglese in termini di outcome sanitari all'inizio degli anni '90.

*Il presente capitolo è stato predisposto nella sua versione italiana da *Sabina Nuti e Annalisa Brambini*





Oltre agli scarsi risultati di outcome, il sistema sanitario inglese registrava lunghissime liste di attesa per i servizi di emergenza e per i ricoveri programmati per le attività chirurgiche. Inoltre, non veniva data alcuna attenzione all'esperienza del paziente, che risultava assai povera in termini di comfort e di attenzione al suo benessere. In quegli anni la sanità inglese era martoriata da scandali per «malasanità». Per molti questa difficile situazione era stata determinata dall'insufficiente entità di risorse destinate alla sanità, che dagli anni Settanta rendevano la Gran Bretagna il paese occidentale con il rapporto più basso tra spesa sanitaria e prodotto interno lordo.

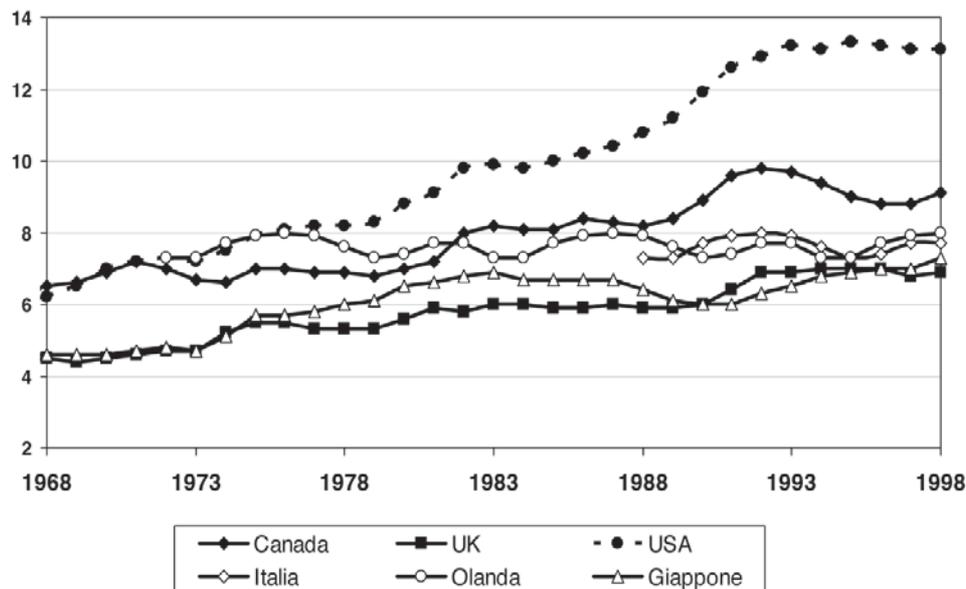


FIG. 2. La spesa sanitaria rispetto al PIL: trend 1968-1998

Nel gennaio del 2000 l'allora premier Blair annunciò, durante una trasmissione televisiva della domenica mattina, che il Governo inglese aveva deciso di aumentare drasticamente la spesa sanitaria del 10% per portarla alla pari della spesa media sul Prodotto Interno Lordo dei Paesi Europei.



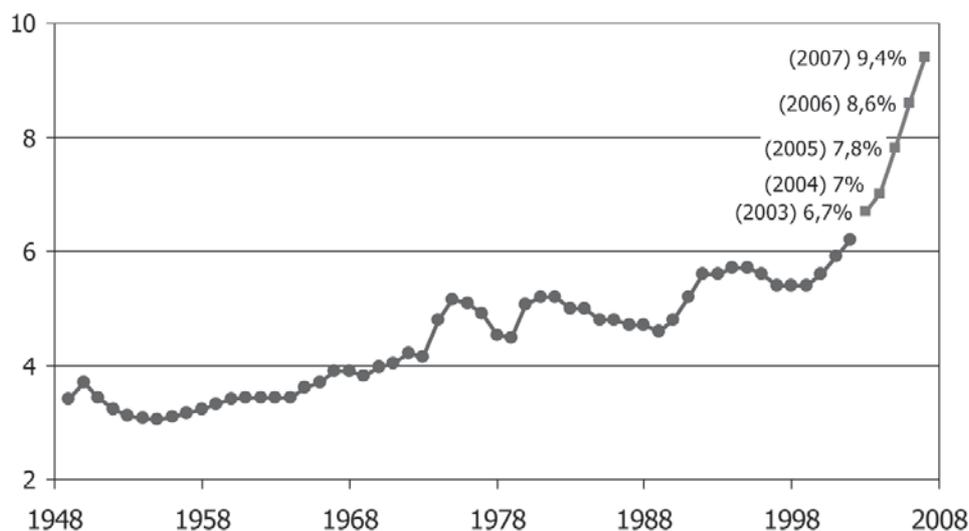


FIG. 3. La spesa sanitaria inglese rispetto al PIL: previsioni 2008

Insieme all'aumento delle risorse finanziarie il governo inglese decise di modificare drasticamente anche l'assetto del sistema sanitario, prevedendo un processo di rilevante decentramento. Ad Inghilterra, Galles, Scozia e Irlanda del Nord¹, infatti, venne data la responsabilità di definire l'organizzazione dei servizi e in particolare di monitorare il raggiungimento dei risultati attesi in termini di qualità, outcome ed efficienza (tempi di attesa). Fino ad allora il sistema sanitario inglese aveva registrato notevoli fallimenti da questo punto di vista: non erano stati introdotti meccanismi di incentivazione, anzi, il sistema premiava le istituzioni che producevano i peggiori risultati: le risorse finanziarie venivano infatti allocate in misura maggiore alle strutture con maggiori criticità, creando un circolo perverso che spingeva le istituzioni ad essere scarsamente responsabili dei propri risultati.

Ecco allora che la Gran Bretagna si presta a rappresentare un interessante contesto di studio per valutare l'efficacia dei

¹ Inghilterra, Galles, Scozia ed Irlanda del Nord sono vere e proprie nazioni ed insieme costituiscono il Regno Unito, in cui vengono chiamate con termine «Home Nations».





sistemi di valutazione della performance. Dal 2001 infatti, per effetto della devolution, Inghilterra, Galles, Scozia e Irlanda del Nord, hanno adottato diversi sistemi di valutazione dei risultati, o meglio: hanno utilizzato il sistema in modo differente conseguendo livelli molto differenti di efficacia del sistema.

1. *Il sistema di valutazione della performance delle quattro regioni inglesi a confronto*

Come si evince dal seguente grafico, le quattro nazioni inglesi partivano da livelli di spesa procapite diversi.

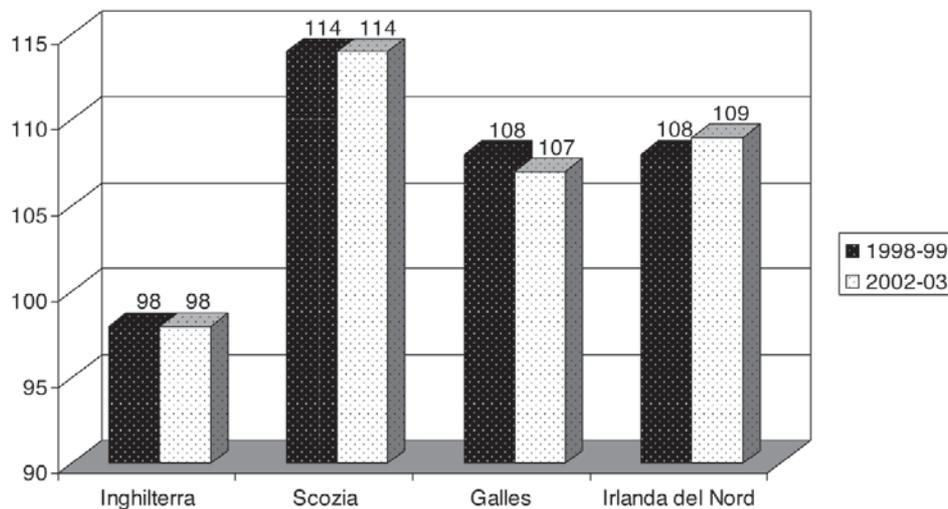


FIG. 4. La spesa procapite nelle nazioni inglesi

Nel 2001 l'Inghilterra introdusse un sistema di valutazione della performance basato su un set di 9 obiettivi chiave e su un sistema di indicatori costruiti con il metodo del Balanced Scorecard, opportunamente adattato al contesto sanitario. Per la prima volta vengono realizzate le indagini relative all'esperienza e soddisfazione degli utenti, si misurano gli outcome sanitari e la competenza e capacità delle strutture. La maggior parte degli obiettivi sono focalizzati sui tempi di attesa, vero tallone di Achille in quegli anni della sanità inglese. In base ai risultati





ottenuti e misurati in *benchmarking* con le altre strutture della Regione, ogni istituzione ottiene un determinato punteggio misurato in stelle (da 0 a 3). I dati sono resi pubblici e ai risultati viene collegato il sistema di incentivazione economica.

L'introduzione del sistema ha permesso all'Inghilterra di perseguire risultati eccellenti soprattutto nella riduzione dei tempi di attesa (Fig. 5), a differenza delle altre nazioni che in alcuni casi hanno addirittura peggiorato la propria performance (Fig. 6).

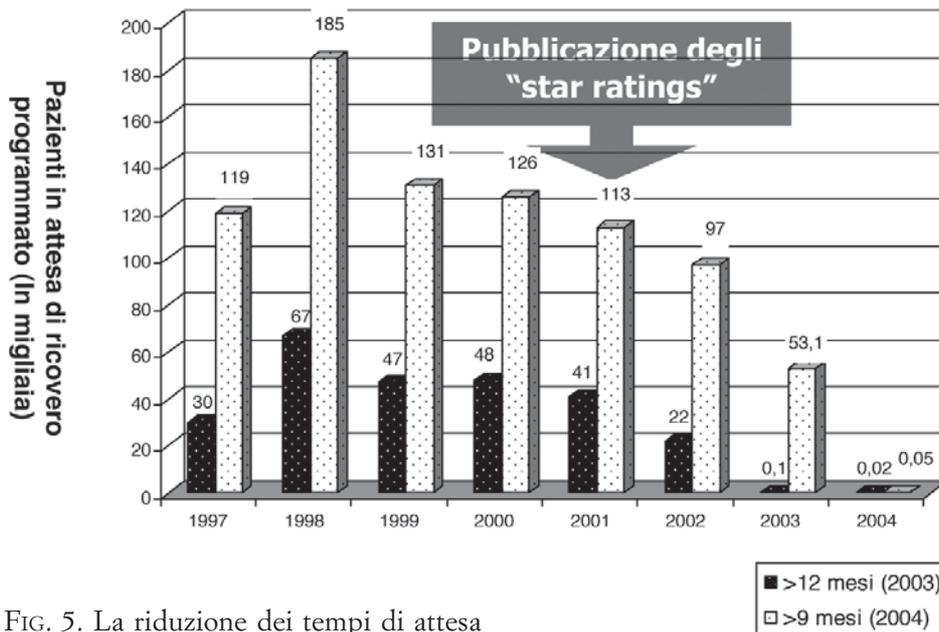
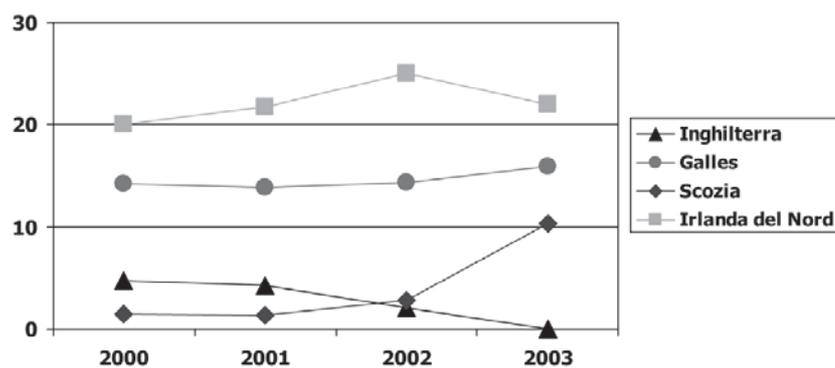


FIG. 5. La riduzione dei tempi di attesa



Fonte: <http://www.statistics.gov.uk> Trend Regionali: 35, 36, 37 e 38

FIG. 6. I tempi di attesa nelle nazioni inglesi





Come mai tali differenze di performance? In realtà anche le altre Nazioni avevano utilizzato indicatori per misurare i risultati, ma con tre sostanziali differenze:

- non era stata adottata una metodologia di valutazione che permettesse di mettere tutte le istituzioni monitorate in un unico *ranking*, in modo da ottenere una classificazione e il *voto* alle strutture;
- i risultati conseguiti non erano stati pubblicati e comunicati alla stampa. Mentre l'Inghilterra aveva esplicitamente puntato attenzione sulla reputazione come una leva fondamentale del comportamento degli operatori sanitari su cui agire per attivare il cambiamento, le altre Regioni avevano considerato la pubblicazione dei risultati come un fattore che poteva incidere negativamente sulla motivazione del personale;
- le altre regioni non avevano introdotto alcun tipo di incentivo legato al raggiungimento degli obiettivi.

Malgrado i risultati eccellenti dell'Inghilterra, il sistema introdotto dello *star rating* presenta comunque aspetti di criticità e vulnerabilità.

2. *Le problematiche dello «star rating»*

L'identificazione di misure che siano significative per il governo di istituzioni e sistemi complessi, pone di per sé alcuni problemi di rilevante complessità. In primo luogo la correlazione esistente tra l'oggetto che si intende misurare e le misure individuate che, per loro stessa natura, non riescono mai ad essere esaustive. Immaginiamo che l'oggetto che si vuole misurare sia ampio e che si possa individuare un ambito più ristretto di valore prioritario rispetto alle finalità perseguite con il processo di valutazione (Dominio P). Rispetto a questo ambito ristretto (P) potremmo selezionare alcune misure valide e significative, che non creano falsi positivi e negativi, altre misure più imperfette che, pur focalizzate nel Dominio P, possono determinare falsi





positivi e negativi, ed infine potranno ancora esservi spazi non misurati – o perché non inclusi nel dominio P o perché risulta impossibile la misurazione con indicatori.

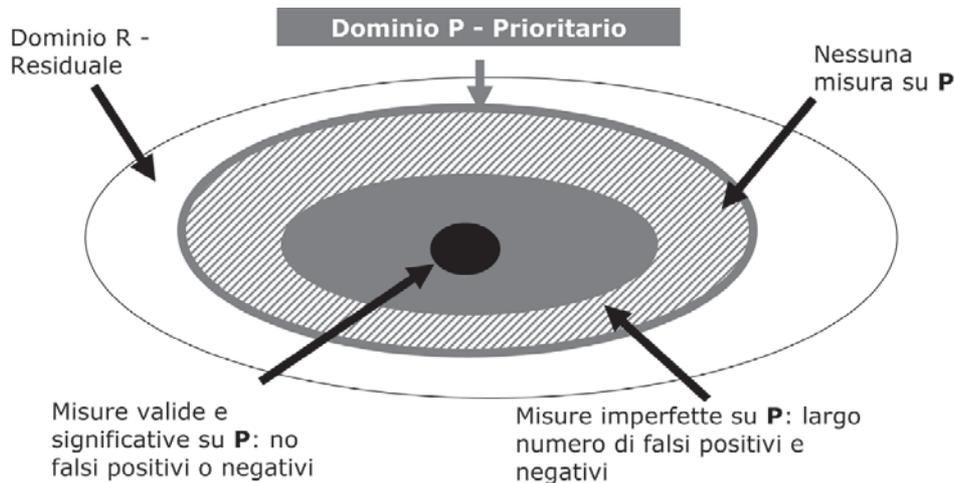


FIG. 7. Correlazione tra l'oggetto da valutare e le misure individuate



In questo contesto il Governo fissa le priorità di sistema e valuta gli obiettivi e i risultati con le misure disponibili, buone e meno buone che siano.

Il primo problema che potrebbe emergere è quello definibile con il termine *sineddoche* ossia: ciò che è misurato è rappresentativo del tutto o almeno delle priorità individuate? La crescita dell'ammontare di risorse dedicate alla sanità degli ultimi anni, ad oggi non ha determinato l'aumento del valore prodotto per il sistema sanitario inglese e per i cittadini nei termini attesi. Ci si chiede allora se queste risorse aggiuntive sono state collegate a parametri significativi e determinanti rispetto al livello di servizio erogato per gli utenti. È importante sottolineare che per ovviare a questa tipologia di problemi è importante che il governo, prima di adottare una nuova strategia con specifici obiettivi da perseguire, abbia rigorosamente rilevato *il punto di partenza* del sistema, ossia abbia raccolto sistematicamente le evidenze disponibili e su queste modellizzato gli scenari possibili e le





relative ricadute finanziarie, in modo da evitare di incentivare comportamenti in realtà già adottati dagli operatori o premiare risultati già largamente raggiunti².

La seconda tipologia di problemi che un sistema tipo *star rating* può comportare, rientra nel fenomeno che è definibile con il termine *gaming*, che significa sostanzialmente «imbrogliare le carte». Questo avviene quando l'indicatore adottato misura che l'obiettivo è stato raggiunto, ma senza centrare lo scopo stesso per cui l'indicatore era stato selezionato.

Fanno parte delle problematiche di *gaming* anche i cosiddetti «errori di rendicontazione», o meglio gli interventi fatti dalle istituzioni monitorate per manipolare i dati, così da registrare una performance positiva negli indicatori oggetto di analisi. Appartengono a questa tipologia anche le strategie adottate sull'insieme degli indicatori, attraverso le quali, per compensare il mancato raggiungimento di alcuni degli obiettivi e per ottenere complessivamente un punteggio medio accettabile, si punta solo sugli aspetti più semplici da perseguire.

Rispetto alla prima tipologia di fenomeni di *gaming*, è stata emblematica la modalità utilizzata per raggiungere l'obiettivo di non far attendere i pazienti in pronto soccorso più di quattro ore prima di essere visitati. Infatti, ogni qual volta la sala di attesa era affollata, i pazienti venivano tenuti in ambulanza e si facevano entrare in pronto soccorso soltanto quando si era sicuri che sarebbero stati visitati entro le 4 ore successive, tempo massimo previsto dall'indicatore. In qualche occasione è addirittura capitato che il servizio ambulanze abbia deciso di montare una tenda per far sostare più comodamente i pazienti invece di relegarli in ambulanza prima di entrare in pronto soccorso.

In quel caso vi è stato anche un problema di affidabilità delle informazioni e dei dati. L'obiettivo prevedeva che il servizio dovesse rispondere alle chiamate di emergenza con presenza di rischio per la vita del paziente entro 8 minuti nel

² Emblematica in proposito l'esperienza del sistema di valutazione e incentivazione adottato per la medicina territoriale.





75% dei casi. La misurazione di questo parametro è stata complessa per molte ragioni. In primo luogo, per l'estrema eterogeneità con cui gli operatori definivano il cosiddetto «rischio di vita», che ha superato addirittura il 500%. Altri fattori che hanno contribuito a minare l'affidabilità del risultato finale sono stati gli errori di misurazione del tempo di risposta e gli interventi di correzione manuale e contraffazione del dato, utilizzati al fine di registrare una performance positiva.



Delay admission

A good solution?

FIG. 8. Un esempio di gaming: i tempi di attesa in Pronto Soccorso.

Tra le problematiche di gaming è stato inoltre sottolineato l'approccio del *trade off*, che si è verificato quando gli ospedali hanno imparato a giostrare tra i successi da una parte e gli insuccessi dall'altra, per ottenere un punteggio complessivamente adeguato. Piuttosto che ottenere un punteggio globale pari a 0 per non aver centrato pienamente nessun obiettivo, hanno concentrato la propria attenzione su quelli più facilmente raggiungibili, anche a scapito di altri e peggiorando su questi la propria performance. Dal 2001 al 2005 è infatti accaduto che un terzo degli ospedali ha presentato serissimi problemi finanziari pur compensati da risultati migliori in altri ambiti. Ciò ha determinato, nel 2005-2006, un deficit sanitario nazionale di ben 750 milioni di sterline! Il miglioramento dei tempi di attesa non può comportare problemi di sostenibilità economica, altrimenti il sistema rischia di premiare istituzioni inefficienti.





Conclusioni

Quali sono le considerazioni di sintesi che possono essere fatte relativamente ai sistemi di valutazione adottati nella sanità in Gran Bretagna e ai diversi risultati ottenuti? L'efficacia del sistema inglese rispetto a quello adottato in Scozia, Galles e Irlanda del Nord dipende certamente dall'enfasi posta dal sistema sulla pubblicizzazione dei risultati e sull'impatto di questi sulla reputazione dei professionisti e delle istituzioni di appartenenza.

In altre parole dipende dal *naming and shaming*, cioè dalla colpevolizzazione pubblica.

Il successo e l'insuccesso sono stati infatti classificati con modalità che potrebbero essere definite «brutali» e successivamente divulgati con ogni mezzo disponibile a livello locale e nazionale. Questa pubblicizzazione ha determinato una pressione molto forte sul sistema sanitario nazionale, orientando i comportamenti dei professionisti sui target oggetto di valutazione. I 12 direttori generali delle altrettante strutture sanitarie che nel 2001 avevano ricevuto il punteggio 0, sono stati spesso chiamati la «sporca dozzina». Essi, e con loro tutto il personale, hanno subito dal sistema *star rating* un effetto traumatizzante. Anche le istituzioni, che da un anno all'altro hanno visto calare la propria performance passando da 3 a 2 stelle, ne hanno sofferto, subendo la retrocessione come un pesante danno di reputazione. Anche qui la pressione pubblica è stata molto forte.

Hibbard [2003], in base ai suoi studi evidenzia che per ottenere successo e modificare i comportamenti nel contesto sanitario il sistema di valutazione deve prevedere:

- il confronto tra le istituzioni con una relativa classifica;
- l'ampia pubblicizzazione dei risultati;
- la chiarezza e facilità nella presentazione dei risultati in modo da rendere l'utente in grado di capire chi ha buoni risultati e chi invece ha una scarsa performance;
- la misurazione dell'evoluzione dei risultati nel tempo.

Nel sistema inglese gli elementi citati sono presenti,





anche se vi sono stati casi in cui, per effetto del gaming, è migliorato il risultato rendicontato ma non la reale performance. Il sistema star rating ha certamente avuto dei difetti, ma altrettanto certamente ha ottenuto risultati assai più significativi di quelli adottati dalle altre regioni.

Negli ultimi anni il sistema inglese si è incamminato in un processo di miglioramento del sistema di valutazione che vede integrate le politiche per il perseguimento della qualità con la sostenibilità economica del sistema e con il valore prodotto per il cittadino. Il concetto di qualità deve essere infatti coniugato con quello di buona *governance*.

Inoltre vi deve essere maggiore attenzione alle specificità locali: non tutti gli obiettivi devono essere fissati uniformemente a livello centrale, ma in parte coniugati con le esigenze di ciascuna realtà territoriale.

Infine è rilevante che nel sistema vi possa essere spazio per monitorare e valorizzare il trend, ossia l'evolversi dei risultati nel tempo. Un risultato negativo, ma migliore di quello ottenuto l'anno precedente, è cosa assai diversa da quello determinato da un peggioramento della performance.







PARTE TERZA

I SISTEMI DI VALUTAZIONE
DELLA PERFORMANCE DELLA
SANITÀ TOSCANA







Premessa, di Sabina Nuti

In Italia, come in tutti i paesi occidentali che hanno adottato un sistema sanitario pubblico, il corretto utilizzo delle risorse della collettività è tema di sempre maggiore attualità e criticità. In questo contesto, negli ultimi dieci anni la Regione Toscana ha attivato diverse strategie di intervento tese ad una sempre maggiore trasparenza e contabilizzazione dei risultati ottenuti tramite l'azione pubblica. In particolare, questa esigenza è stata presente per il servizio sanitario toscano, che rappresenta di gran lunga la maggiore determinante di spesa nel bilancio regionale. Con queste premesse la regione Toscana ha richiesto la progettazione e l'implementazione di un sistema di valutazione della performance che potesse essere uno strumento di governo del sistema sanitario regionale, dove gli orientamenti strategici di lungo periodo fossero monitorati congiuntamente con gli obiettivi di breve periodo, e dove il governo della spesa fosse integrato con le misure di risultato, al fine di evidenziare il valore prodotto per il cittadino. Se, infatti, è importante che le aziende sanitarie del sistema riescano a perseguire l'equilibrio economico finanziario, questo non è però certamente sufficiente. Fondamentale è che le risorse della collettività creino «valore», ossia che siano adeguatamente utilizzate, con efficienza e appropriatezza, per fornire servizi di elevata qualità, garantendo l'accesso e l'equità.

Con questi presupposti il Laboratorio *Management e Sanità*, costituito dalla Scuola Superiore Sant'Anna in collaborazione con la Regione Toscana, ha progettato e implementato in tutte le aziende sanitarie della Toscana il *Sistema di Valutazione della Performance*, per misurare la





capacità di ogni azienda di essere strategicamente efficace ed efficiente, sia rispetto al territorio in cui opera, sia nell'ambito del sistema regionale in cui è inserita.

Già nel Piano sanitario regionale 2002-2004 infatti, e poi nei piani sanitari regionali successivi, la Regione Toscana indicava gli obiettivi, i valori ed i principi operativi del modello toscano di sanità. Tra questi, sicuramente irrinunciabili erano il principio dell'universalità e della programmazione, dell'efficacia e dell'efficienza.

In particolare la programmazione è stata ritenuta fondamentale per ottenere la corrispondenza tra i bisogni dei cittadini e la tipologia, la qualità e la quantità delle prestazioni erogate, evitando sprechi di risorse e garantendo l'appropriatezza dei servizi. Pur basandosi sulle aziende quali pilastri del sistema, infatti, la competizione non è stata valutata auspicabile; in primo luogo perché nei servizi sanitari l'utente è in condizioni di asimmetria rispetto ai soggetti erogatori, e in secondo luogo perché vi è un altissimo rischio di «bruciare» risorse della comunità, ossia di duplicare investimenti soprattutto in tecnologie e macchinari per attirare la domanda in modo inappropriato. Nel sistema sanitario pubblico allora, affinché le aziende svolgano il loro ruolo in modo efficiente ed efficace, spetta alle Regioni e allo Stato attivare meccanismi che svolgano il ruolo che nel privato è svolto dalla competizione. Tra questi il sistema di valutazione dei risultati è determinante.

In questo contesto, per supportare, valutare e valorizzare l'azione delle aziende quali soggetti fondamentali del sistema, responsabili della realizzazione degli orientamenti regionali, la Toscana ha ipotizzato fin dal 2002 l'attivazione di un sistema per monitorarne la performance, prevedendo la misurazione di molteplici variabili rilevanti nel perseguimento degli obiettivi strategici regionali. Alla descrizione di finalità, storia, struttura e dimensioni del sistema adottato nella Regione Toscana per valutare la performance in sanità, sono dedicate la terza e la quarta parte di questo testo.





ENRICO ROSSI

IL RUOLO DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE QUALE STRUMENTO DI GOVERNO

In un sistema sanitario come quello toscano, che punta più alla cooperazione che alla competizione, è stato ritenuto importante sviluppare e implementare un sistema per valutare i risultati conseguiti: un sistema che fosse condiviso tra le aziende – e tra queste e la Regione –, trasparente e chiaro nel metodo e nelle finalità, capace di monitorare non solo la capacità delle aziende di raggiungere e mantenere condizioni di equilibrio economico finanziario, ma anche di centrare gli obiettivi strategici definiti a livello di Sistema Sanitario Regionale.

In quest'ottica, per la Regione, in linea con gli orientamenti del Piano Sanitario Regionale, è stato fondamentale poter disporre di un metodo capace di esaminare altre tipologie di risultati, considerate significative per migliorare lo stato di salute e di benessere dei cittadini, quali ad esempio la qualità dei servizi erogati, l'appropriatezza, la produttività delle risorse, la capacità di soddisfare le esigenze degli utenti, ma anche il gradimento e la soddisfazione del personale dipendente. Il sistema di valutazione della performance quindi, fin dal suo primo avvio, è stato vissuto come una sfida per tutto il servizio regionale, non come uno strumento per dare il «voto» al management e alle aziende, ma come un'opportunità per poter capire, per poter crescere ed apprendere, un mezzo a disposizione della Regione e del management aziendale per supportare il governo della «macchina sanitaria» nel suo complesso, ma anche nelle sue specifiche unità di erogazione. Una modalità per valorizzare ciò che è eccellente e per migliorare ciò che i numeri indicano come area di criticità e di debolezza.

La scelta di affidare ad un'Università la conduzione del progetto non è casuale: per garantire l'affidabilità, il rigore





e la trasparenza del sistema è stato ritenuto fondamentale coinvolgere un soggetto terzo, pubblico, di livello universitario, che potesse condividere la finalità stessa del progetto e farne una missione propria come servizio reso al territorio in cui opera. La Scuola Superiore Sant'Anna, quale istituto universitario a statuto speciale, poteva garantire un approccio multidisciplinare, una consolidata competenza nell'area del management sanitario, e una posizione esterna a tutte le aziende sanitarie toscane, non essendo coinvolta – a differenza degli altri atenei toscani –, nella gestione delle tre aziende ospedaliero-universitarie di Pisa, Siena e Firenze.

Con queste premesse nel 2004 è stato costituito, in partnership con la Scuola Superiore Sant'Anna, il «Laboratorio Management e Sanità», a cui è stato affidato il compito di svolgere attività di formazione manageriale, ricerca e valutazione a favore del sistema sanitario toscano. Grazie al lavoro svolto dal team di ricerca del Laboratorio Management e Sanità, oggi la Regione e le Aziende sanitarie toscane possono contare su un sistema in grado di fornire un quadro di sintesi dell'andamento della gestione delle Aziende stesse, utile non solo alla valutazione della performance conseguita, ma anche necessario per la valorizzazione e la comunicazione dei risultati ottenuti.

Il sistema progettato e sperimentato nel 2004 in quattro realtà pilota, successivamente implementato nel 2005 in tutte le Aziende territoriali e infine adottato nel 2006 anche da quelle ospedaliero-universitarie, è diventato nel tempo uno strumento fondamentale, che affianca e sostiene la funzione di governo a livello regionale. Ha alcune caratteristiche fondamentali: è trasparente e condiviso, è capace di monitorare non solo i risultati delle istituzioni sanitarie in termini economico-finanziari, ma anche le modalità con cui queste si organizzano e ottengono risultati nel processo di erogazione, la qualità clinica e la soddisfazione dei cittadini.

Il modello è semplice e complesso insieme. Semplice, perché la metafora del «bersaglio» che è stata utilizzata è di immediata chiarezza, ma anche complesso, perché, come in un gioco a scatole cinesi, partendo da un dato di sintesi, permette di analizzare con passaggi di sempre ulteriore dettaglio i dati di origine e le loro determinanti.





Inoltre, la presentazione dei dati a confronto tra le Aziende, pur in un clima di collaborazione e di integrazione, spinge le aziende a superare l'autoreferenzialità e facilita i processi di scambio e di apprendimento. Il processo di valutazione della performance è infatti propedeutico a quello di valorizzazione delle *best practice*, ossia delle migliori pratiche delle Aziende sanitarie, che sono da diffondere e imitare, dando la meritata attenzione a chi riesce ad ottenere risultati eccellenti.

Questo sistema di valutazione multidimensionale dei risultati, che sostiene già da anni il processo di programmazione e controllo della Regione e delle Aziende, è stato pubblicato per la prima volta in tutte le sue parti in un report relativo ai risultati conseguiti nel 2006 nel mese di luglio del 2007. Questo rapporto è stato consegnato ai consiglieri regionali, ai sindaci e a tutti i cittadini toscani interessati a conoscere i risultati raggiunti dal Servizio sanitario regionale e come le risorse pubbliche sono state utilizzate a favore della collettività.

Sempre per favorire il processo di comunicazione continua con i cittadini, dal 2008 i dati saranno disponibili anche sul web.

La Regione conta di ampliare l'utilizzo di questo modello per poter disporre nei prossimi anni di un sistema capace di valutare in modo integrato sia le competenze dei professionisti sanitari sia, in modo più analitico, le attività territoriali, in modo da accompagnare, con le necessarie conoscenze, i processi di programmazione e controllo delle Società della Salute.

Quando nel 2004 è stato avviato, insieme al Laboratorio Management e Sanità, il percorso per la costruzione del modello di valutazione, la Regione sapeva di darsi un compito difficile, delicato e mai tentato prima nella Pubblica amministrazione. Era chiaro che ci sarebbe voluto molto lavoro e molta determinazione per riuscire a proporre e far crescere nel nostro complesso sistema una vera cultura della valutazione, intesa come strumento di governo.

Compiendo questo passo, che nulla ha a che vedere con graduatorie o «pagelle», la sanità toscana si è assunta





un'importante responsabilità, affidandosi a un metodo trasparente e condiviso, e offrendo una massa inedita di dati e informazioni direttamente ai cittadini, oltre che alle rappresentanze istituzionali e sociali.

Una volta consolidato, il modello sta diventando parte integrante del modo di lavorare dell'intero sistema, con applicazioni sempre più integrate e diffuse – ad esempio la valutazione del management –, mentre si affinano gli strumenti e le metodiche.

Si vedano ad esempio gli obiettivi 2008 selezionati per l'incentivazione delle direzioni generali delle Asl. Un facile raffronto con le deliberazioni degli anni precedenti permette di mettere in evidenza il carattere evolutivo del sistema che, grazie all'impegno e al lavoro di tutto il management, si è affinato nelle varie edizioni, aderendo sempre di più, mi sembra, a quanto ci si attende dai servizi sanitari pubblici.

In particolare cresce il peso della valutazione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficienza sanitaria, si tiene nel massimo conto la valutazione della soddisfazione degli utenti, ma anche quella del clima interno, senza con ciò rinunciare al punto fermo ed ineludibile della sostenibilità economica e del corretto ed efficiente utilizzo delle risorse collettive – secondo un metodo che tocca tutti i punti cruciali della tastiera e mira allo sviluppo e al governo armonico del sistema.

Credo che la sanità toscana e i suoi vertici stiano dando a tutta la pubblica amministrazione un esempio molto importante, e abbiano lanciato ai cittadini un messaggio di grande trasparenza, responsabilità, eticità. Da questa operazione non potremo che trarre sempre maggior forza e credibilità, un'energia indispensabile per far crescere e innovare il nostro sistema sanitario.





SABINA NUTI

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

1. *La storia del sistema*

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

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

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

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

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





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

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

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

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





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

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

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

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





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



FIG. 1. La storia del sistema

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





2. La struttura del sistema

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

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

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

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





- di qualità dei servizi ricevuti, comprensiva della sua possibilità di partecipare attivamente ai processi di erogazione dei servizi come soggetto centrale e protagonista dei percorsi di cura e di assistenza;
- la qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati;
 - l'appropriatezza e la continuità di cura nei percorsi assistenziali, come risultati strategici in linea con gli orientamenti del piano sanitario regionale;
 - la capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico finanziario nella gestione del sistema azienda.

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

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

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

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





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

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

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

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

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



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

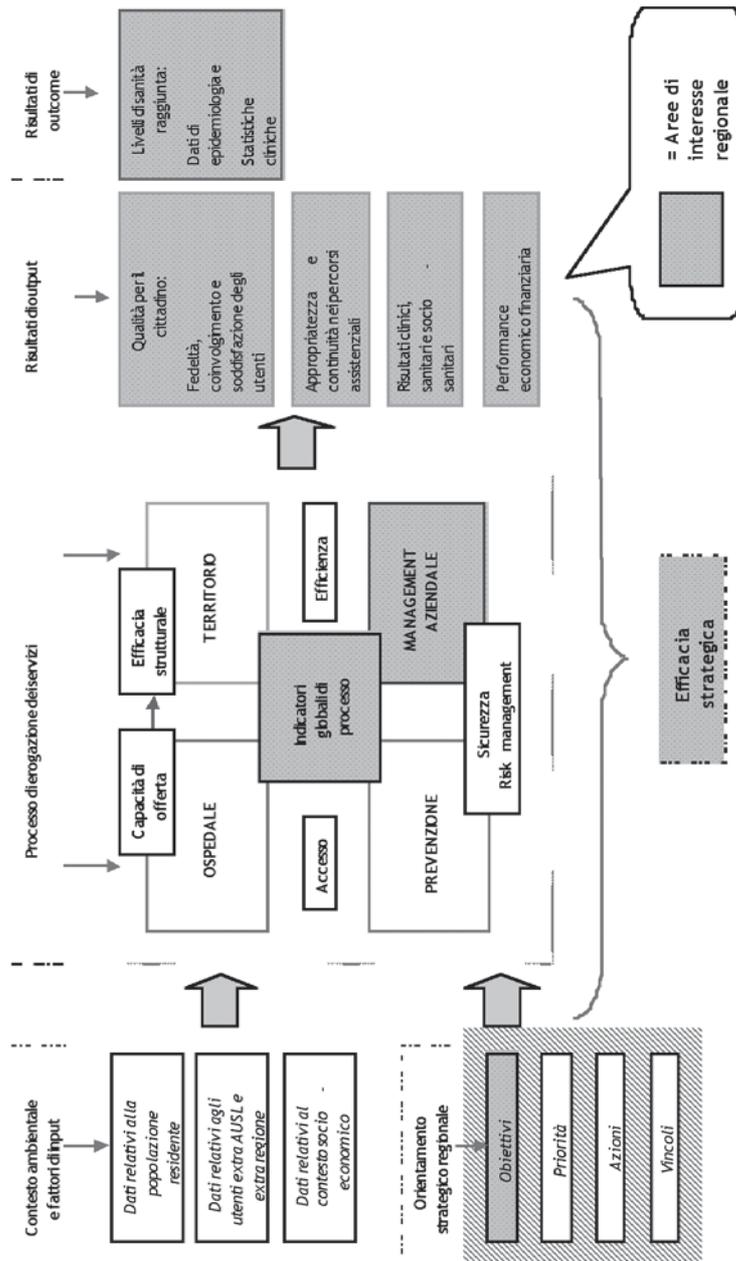


FIG. 2. Il Sistema Azienda



3. *La rappresentazione dei risultati*

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



FIG. 3. Le dimensioni della valutazione

Le dimensioni della valutazione sono:

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





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

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





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

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

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

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

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



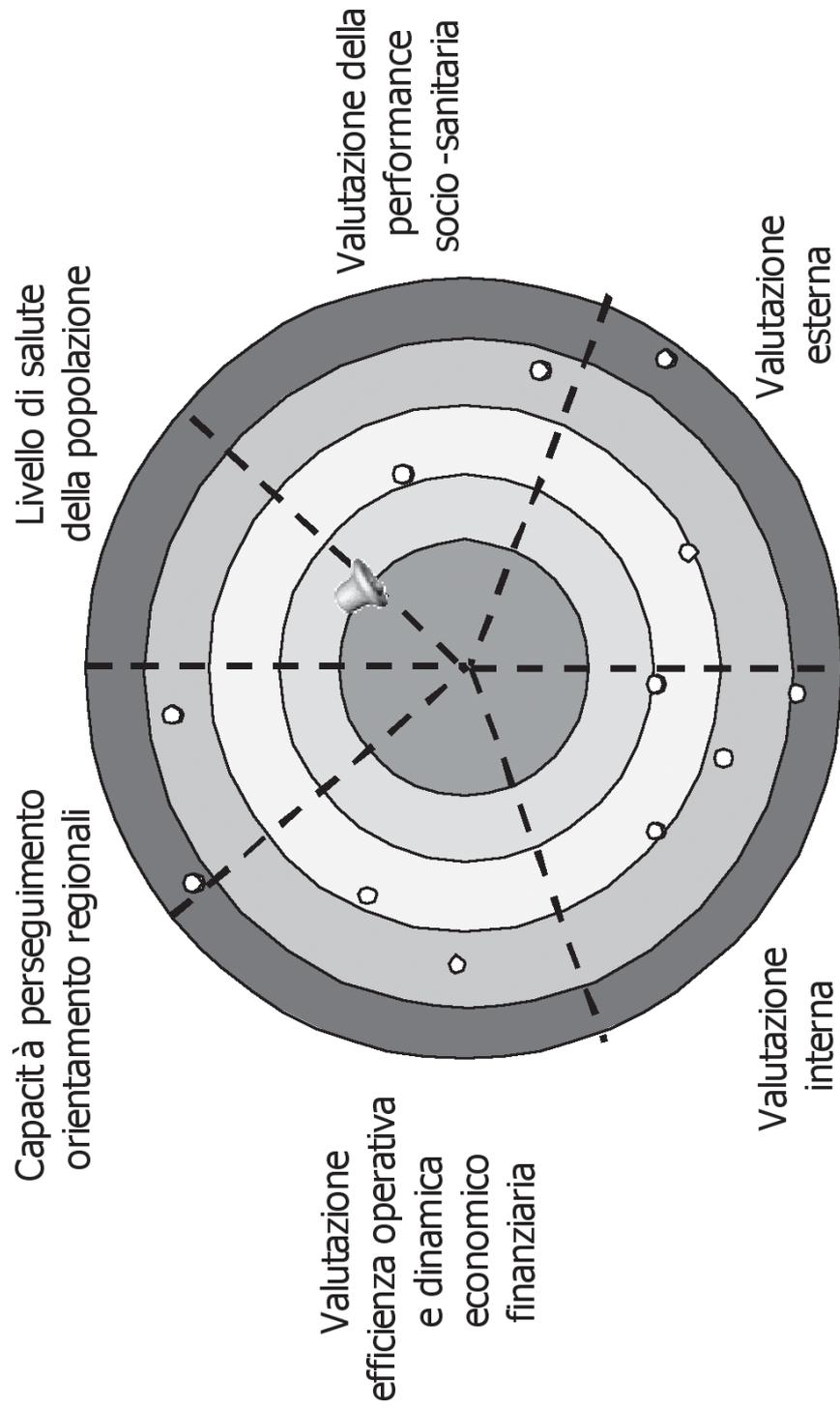


FIG. 4. Le dimensioni della valutazione e la logica del bersaglio



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



FIG. 5. Le fasce di valutazione

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

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

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



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



FIG. 6. La valutazione della medicina di base

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

Le dimensioni del sistema di valutazione comprendo-





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

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

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

4. I processi di valutazione «ad hoc»

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

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





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

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

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

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

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





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

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

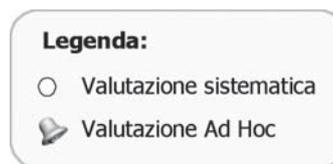


FIG. 7. La legenda per la rappresentazione della valutazione sistematica e «ad hoc»

5. *Gli indicatori del sistema*

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

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

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





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

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





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



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





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

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

Fig. 8. Indicatori e obiettivi della Sanità Toscana



SABINA NUTI

LA PERFORMANCE DEL SISTEMA SANITARIO TOSCANO E LE MODALITÀ DI UTILIZZO DEL SISTEMA

Il sistema di valutazione della performance è stato applicato in tutte le aziende sanitarie territoriali della Toscana nel 2005, mentre nel 2006, con le dovute specificità, il sistema è stato introdotto anche nelle aziende ospedaliero-universitarie. Dal 2006 il sistema è stato utilizzato anche quale punto di riferimento per il sistema di incentivazione delle direzioni generali aziendali. Nel mese di luglio del 2007 i risultati conseguiti dalle aziende nel corso dell'anno precedente sono stati pubblicati in un report [Nuti 2007] che è stato presentato e distribuito alla Giunta e al Consiglio Regionale, nonché ai sindaci e a tutti coloro che ne hanno richiesto una copia.

Nei paragrafi seguenti saranno evidenziati i risultati conseguiti dal sistema nel suo complesso, come questi sono stati collegati all'incentivazione, e come infine siano stati utilizzati per supportare i processi di miglioramento e di identificazione degli obiettivi di azione per il triennio successivo.

1. *La performance della sanità toscana del 2006*

Nel 2006 le aziende sanitarie toscane, mediante il sistema di valutazione introdotto, hanno avuto modo di misurare la performance conseguita. In base ai risultati ottenuti dalle singole aziende del sistema è stato possibile predisporre anche il bersaglio a livello Regionale (vedi fig. 1).

A tale livello di analisi il sistema sanitario ha ottenuto una performance positiva su alcuni indicatori e una performance media nella maggior parte degli indicatori selezionati. Questo è chiaramente dovuto al fatto che i risultati rappresentati sul



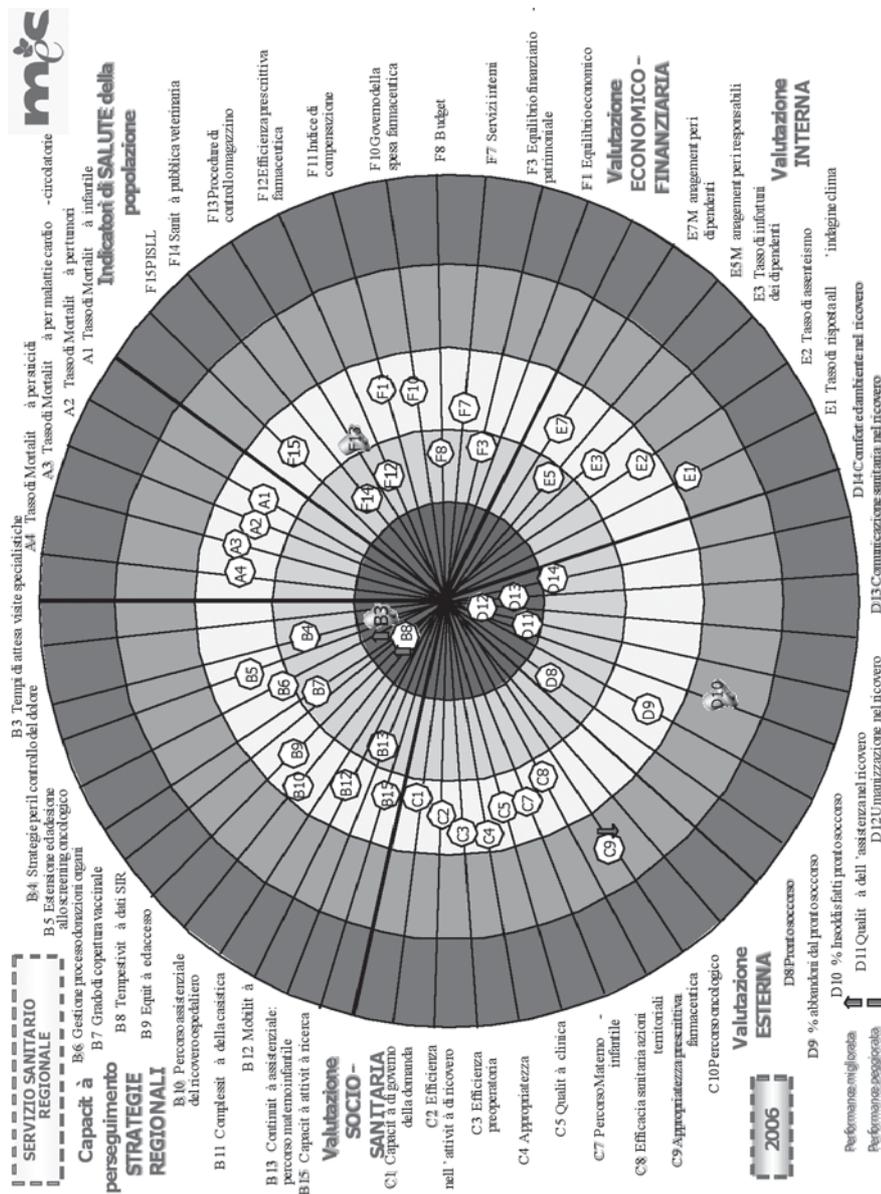


Fig. 1. Il bersaglio regionale 2006



bersaglio regionale, soprattutto nel primo anno di elaborazione, sono determinati dalla media dei risultati conseguiti dalle aziende e ricadono, quindi, nella terza fascia. Negli anni successivi al primo di elaborazione, la Regione è stata in grado di individuare un obiettivo di azione per ciascun indicatore, ed il posizionamento dell'indicatore del bersaglio si è spostato dal livello intermedio in base alla capacità del sistema regionale di migliorare. I dati nel bersaglio si riferiscono al 2006, ad eccezione degli indicatori B5, B13, di quelli di salute della popolazione e di alcuni indicatori della dimensione F che si riferiscono invece al 2005.

Anche se il bersaglio regionale, elaborato sulle medie dei risultati delle aziende, non presenta alcun indicatore sulla prima fascia, quella esterna, questi sono invece presenti in alcuni casi nei bersagli delle singole realtà aziendali.

I bersagli delle singole aziende appaiono in realtà assai differenti con un maggior numero di punti estremi nelle prime due fasce esterne e nelle prime due interne. Si veda a titolo di esempio i bersagli relativi alla performance delle aziende AUSL 9 di Grosseto e 11 di Empoli (vedi fig. 2 e 3).

Un'analisi più dettagliata sul metodo adottato per la valutazione di ciascun indicatore e sui risultati conseguiti dalle aziende toscane in ciascuna delle sei dimensioni di analisi è presente nella quarta parte di questo volume. In questo capitolo si vuole quindi solo descrivere la sintesi della valutazione lasciando ai capitoli successivi un'analisi più dettagliata delle determinanti specifiche.

Come appare dal bersaglio regionale (fig. 1), gli indicatori in cui si registra la performance più elevata sono quelli relativi alla dimensione esterna. I cittadini hanno infatti espresso un giudizio significativamente positivo relativamente ai servizi sanitari su cui è stata realizzata l'indagine di soddisfazione – ossia il servizio di ricovero, il pronto soccorso e il percorso materno infantile. Ottima la performance raggiunta riguardo al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e specialistiche da erogare entro i 15 giorni per la prima visita (indicatore B3). Nel 2007, la valutazione è stata estesa anche alle prestazioni diagnostiche.



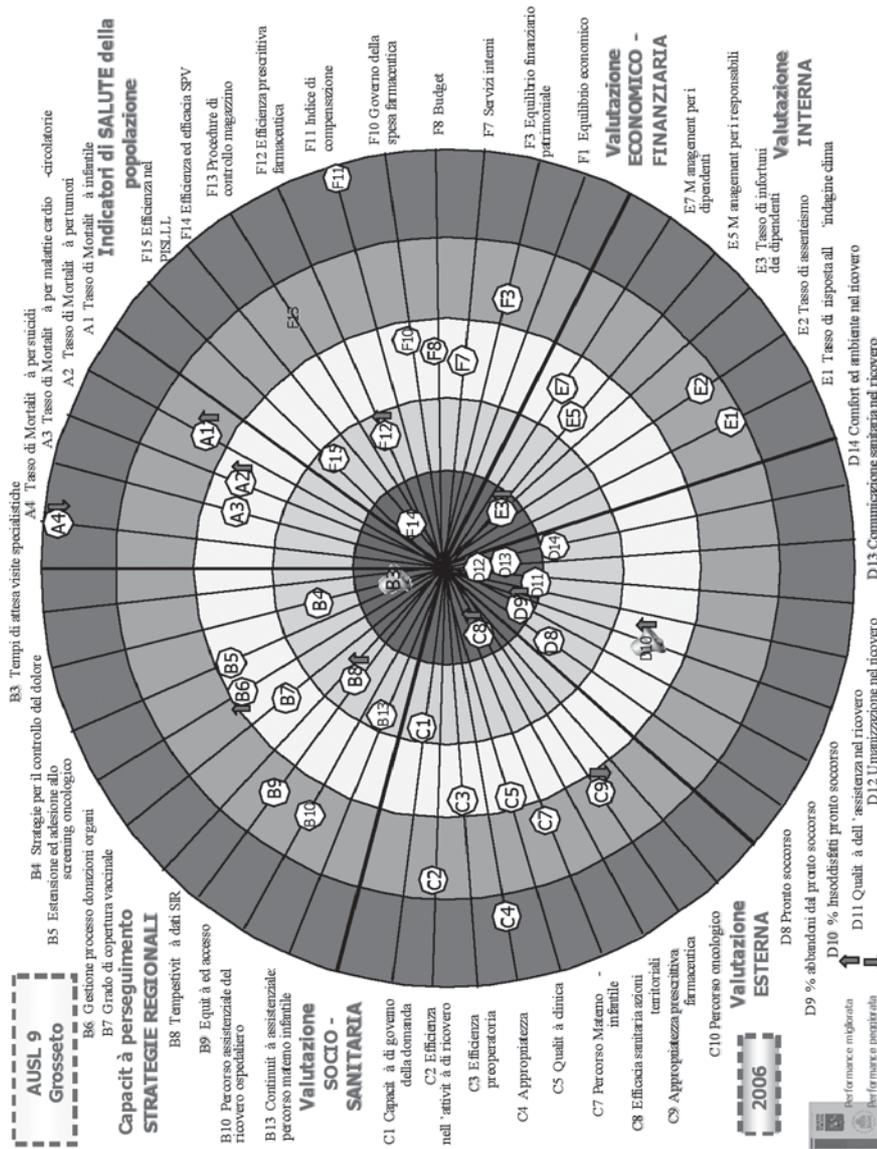


Fig. 2. Il bersaglio 2006 della Ausl 9 di Grosseto

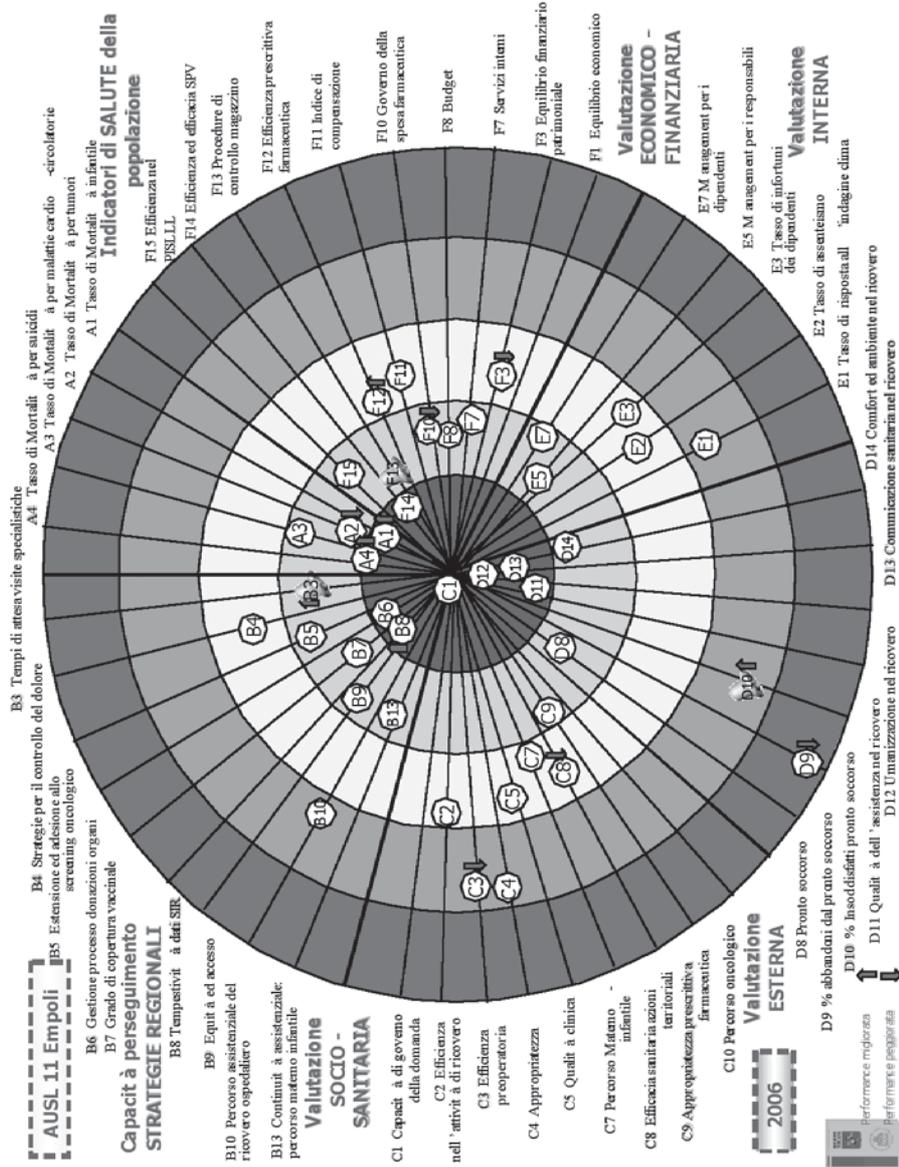


Fig. 3. Il bersaglio 2006 dell'Ausl 11 di Empoli



Pur rimanendo elevata la soddisfazione media, appare ancora alto il numero di utenti insoddisfatti dei servizi di pronto soccorso (indicatore D10) e si registrano alcune criticità nella continuità e nel coordinamento del percorso assistenziale di ricovero ospedaliero (indicatore B10).

Per quanto riguarda i servizi di emergenza infatti, l'obiettivo è stato costruito sulla diminuzione del numero di utenti totalmente o molto insoddisfatti del servizio ricevuto. Questa scelta nasce dalla considerazione che è certamente importante aumentare il numero di utenti soddisfatti, ma è ancora più importante diminuire quello degli insoddisfatti.

Ciò che determina l'insoddisfazione nei servizi non è ciò che, in positivo, crea soddisfazione [Zemke e Schaaf 1989; Venison 1983]. Se la sala d'attesa del pronto soccorso risulta sporca e le sedie insufficienti, l'utente sarà assai insoddisfatto, ma all'opposto, la sala pulita e le sedie in numero adeguato rispetto agli utenti non sono fattori che determinano la soddisfazione del paziente. Ciò che invece potrà influire una volta raggiunti gli standard percepiti quali minimi o «igienici» del servizio, sarà, per esempio, una comunicazione adeguata e personalizzata da parte del personale. Un utente che quindi si dichiara totalmente insoddisfatto è certamente reduce di un'esperienza di servizio in cui sono risultati inadeguati i fattori «igienici», ossia aspetti di base percepiti come minimi indispensabili. Forse può essere troppo complesso in alcuni casi erogare un servizio che ottenga la massima soddisfazione degli utenti, ma certamente vanno evitate le mancanze che ne determinano la totale insoddisfazione, anche perché questa preclude, se non risolta, qualsiasi possibilità di percezione positiva. Inoltre gli utenti insoddisfatti tendono a diffondere e a comunicare il disagio ricevuto molto più diffusamente nella propria comunità di appartenenza, con evidente danno all'immagine del soggetto erogatore [Garlatti 1992].

Nella dimensione di valutazione interna si registrano dei punteggi bassi. Assai critico è l'indicatore E1, che registra una scarsa performance sul tasso di risposta dei dipendenti all'indagine di clima: la bassa adesione è un significativo segnale di sofferenza e di scarsa attenzione alle problematiche aziendali.



Poiché le aziende mostrano una notevole variabilità in molti degli indicatori presenti nella dimensione socio-sanitaria, a livello regionale si registra una performance media, ad eccezione di un indicatore (C9 - *appropriatezza farmaceutica*), dove la valutazione si basa su uno standard definito a livello regionale, proprio per spingere le aziende al miglioramento del processo.

Tra le misure presenti nella dimensione relativa alla capacità di perseguire le strategie regionali, significativo è l'indicatore relativo all'indice di latenza, che misura la tempestività, dell'invio dei dati riferibili ai diversi flussi informativi da parte delle aziende alla Regione. Se in tale ambito si misura la percentuale di Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) inviate nel corso del 2006 (vedi fig. 4) rispetto al corrispondente periodo del 2005, si evidenzia un processo di straordinario miglioramento. Si passa da una percentuale del 54% sul totale – nell'invio di aprile –, al 96% dell'invio di gennaio 2007. Tale indicatore ha una triplice valenza: è significativo per esprimere la capacità di cambiamento delle aziende sanitarie toscane, dimostra che se i dati sono

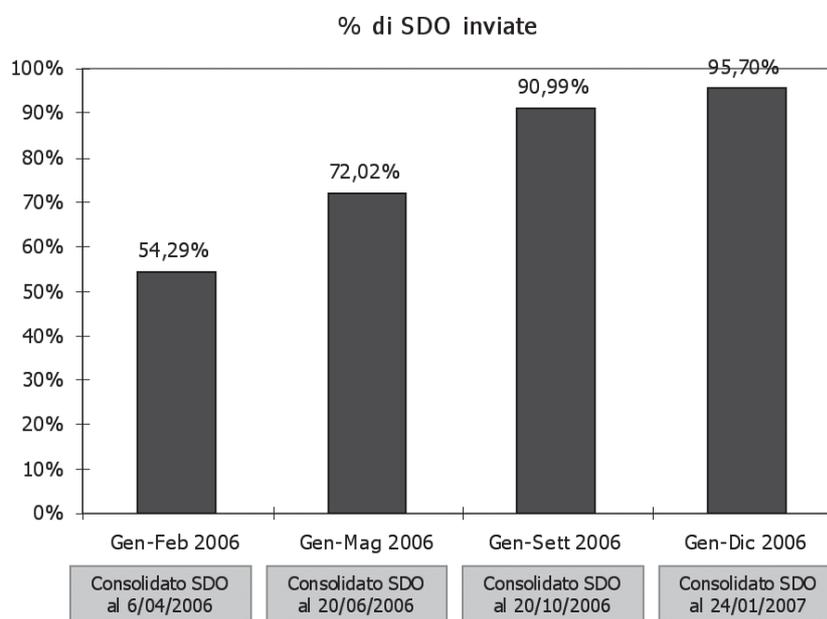


FIG. 4. % di SDO inviate nel 2006 rispetto al numero di ricoveri erogati nel corrispondente periodo del 2005



adeguatamente utilizzati e tornano alle aziende, queste sono più attente all'invio nei modi e nei tempi richiesti e infine segnala la volontà di aderire ad un sistema che permette una valutazione più trasparente e chiara della performance aziendale.

Infatti, per raggiungere a gennaio 2007 la percentuale del 95 % di invio relativa alle SDO del 2006, è stato necessario che tutti gli operatori e i sistemi informativi aziendali sostenessero al riguardo un elevato impegno. Ricevere con tempestività e continuità nel tempo una reportistica capace di evidenziare i processi di miglioramento conseguiti dalle aziende del sistema a confronto ha sicuramente consolidato il rapporto di fiducia ed invogliato i soggetti del sistema a fare del loro meglio per alimentare il sistema informativo regionale.

Monitorando la performance degli indicatori che sono stati oggetto di valutazione nel 2006 e che sono confrontabili con i valori del 2005, a livello regionale si registra per le aziende sanitarie territoriali un miglioramento della performance nel 68% dei casi, mentre per le aziende ospedaliero-universitarie il miglioramento della performance è pari al 61%.

La differenza può dipendere dal fatto che le aziende ospedaliero-universitarie hanno adottato il sistema un anno dopo quelle territoriali e che hanno avuto meno tempo per orientare la propria azione in linea con gli indicatori oggetto di verifica. In questo primo periodo di adozione del sistema di valutazione della performance le aziende hanno registrato capacità diverse di attivare processi di cambiamento e di perseguire miglioramenti nei risultati negli indicatori del sistema.

È necessario infatti un certo lasso di tempo prima che il processo di valutazione si affermi e porti i suoi frutti nelle organizzazioni. Grazie all'esperienza di questi primi tre anni di utilizzo del sistema, oggi è possibile prevedere che, in genere, nel primo anno di implementazione di un indicatore, è assai complesso riuscire a muovere i risultati delle aziende sanitarie. Benché gli indicatori siano generalmente usati nel sistema almeno un anno senza valutazione e solo nell'anno successivo valutati e diventino base per la definizione di un obiettivo, le organizzazioni sanitarie hanno bisogno di abituarsi al cambiamento. Nel corso del primo anno si discute ancora spesso della validità dell'indicatore,





a volte perdendo tempo e non concentrandosi su ciò che può effettivamente modificare il risultato. L'esperienza ci conferma che nella maggioranza dei casi è solo nel secondo anno che le unità organizzative riescono a concentrare gli sforzi e a far seguire all'analisi del problema una serie coerente di azioni capaci di modificare il risultato. Questo dipende anche dal fatto che gli indicatori del sistema si riferiscono non ad aspetti puntuali, ma monitorano risultati complessivi che necessitano di molteplici interventi per ottenere un cambiamento significativo. Tipico è l'esempio dell'indicatore C3, che misura il numero medio di giornate di degenza prima dell'intervento chirurgico programmato. Lo standard richiesto alle aziende toscane è una giornata, in quanto si ritiene che sia inutile ed anche dannoso, oltreché oneroso, attendere più di un giorno per un intervento programmato. Le aziende che registrano oltre due giornate di degenza media pre operatoria conseguiranno l'obiettivo solo se riusciranno a attivare una serie di interventi di riorganizzazione interna, quali l'attivazione di un percorso di preospedalizzazione che permetta al paziente di realizzare *prima* del ricovero tutti gli esami e le visite necessari per svolgere in sicurezza l'intervento chirurgico, o ancora una separazione chiara della gestione dei percorsi per le prestazioni programmate rispetto a quelle di emergenza. Si tratta in entrambi i casi di azioni complesse che coinvolgono molti settori dell'organizzazione.

Il grafico che segue evidenzia l'andamento di tutti gli indicatori del bersaglio confrontabili tra il 2005 e il 2006. La colonna più chiara evidenzia il risultato – in termini di valutazione da 0 a 5 – ottenuto nel 2005, mentre la parte più scura evidenzia il cambiamento ottenuto nel 2006, in positivo o negativo rispetto al dato del 2005. Come appare evidente dal grafico il numero di indicatori in cui si registra un miglioramento è nettamente superiore a quelli in cui la performance è peggiorata, dimostrando la capacità del sistema di attivare cambiamenti, certamente anche grazie al sistema di reporting introdotto.



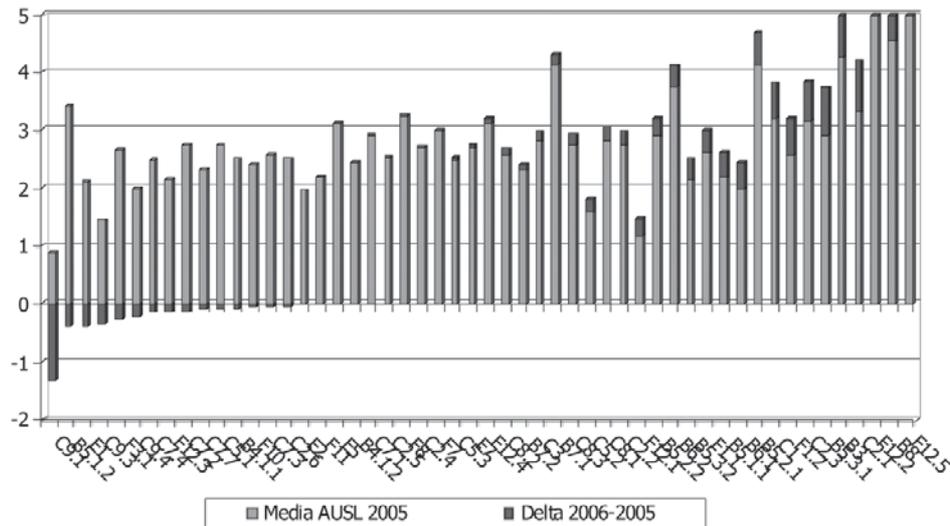


FIG. 5. Punteggi 2005 e variazione 2005-2006 degli indicatori Aziende USL (media regionale)

Significativo è anche analizzare quali indicatori registrano tra le aziende alte variazioni di risultato e quali invece hanno un allineamento regionale.

È ipotizzabile che la performance degli indicatori con bassa deviazione standard sia frutto delle strategie o caratteristiche proprie del sistema sanitario, mentre quella con alta variabilità sia determinata maggiormente dalle scelte del management aziendale. I risultati ad alta variabilità dipendono molto dall'organizzazione, nonché dalle competenze professionali presenti in ciascuna realtà aziendale. Nel primo gruppo molti indicatori dell'area di «valutazione esterna», nel secondo gruppo molti indicatori di valutazione socio sanitaria e di efficienza operativa. I cittadini toscani sono in generale molto soddisfatti dei servizi ricevuti, o meglio: è probabile che approvino complessivamente le strategie e l'organizzazione del sistema sanitario regionale.

Assai variegate, invece, le performance nella dimensione socio-sanitaria e quella di efficienza operativa, che dipendono molto di più dai professionisti e dall'assetto organizzativo presente in ogni azienda. In tali aree la responsabilità del management aziendale è più evidente e maggiori sono le





possibilità di apprendimento mediante il confronto con le *best practice*. La variabilità tra le aziende, ma anche all'interno delle aziende stesse, dipendente dai comportamenti adottati dai professionisti, evidenzia quanto sia ancora lontana l'adozione di protocolli clinici uniformi e di linee guida condivise sui percorsi assistenziali offerti. Il sistema di valutazione sulla dimensione socio-sanitaria può contribuire molto a spingere i professionisti sanitari a condividere maggiormente le proprie scelte terapeutiche e ad adottare modelli di medicina basata sulle evidenze.

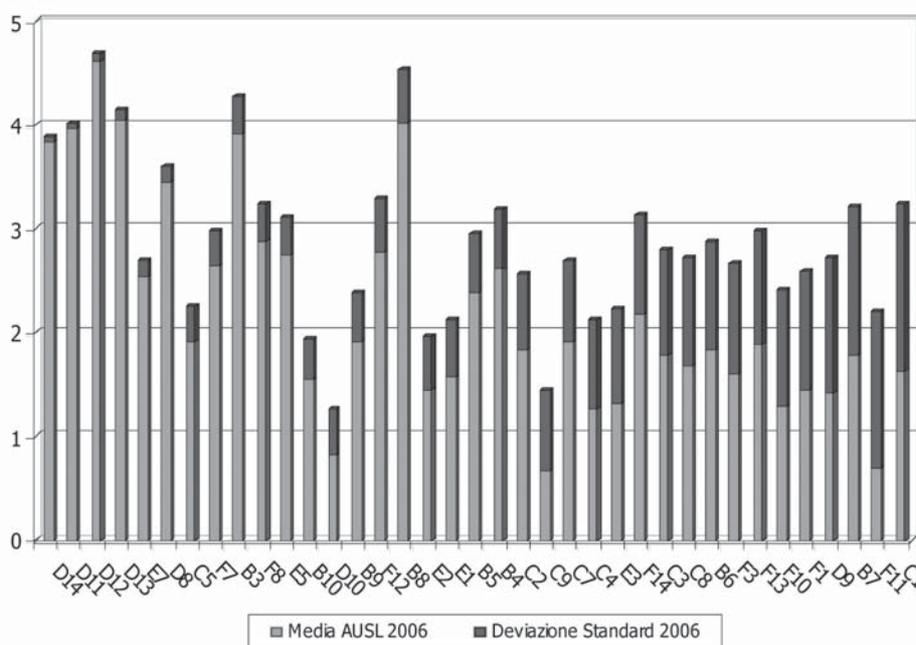


FIG. 6. Punteggi 2006 e deviazione standard degli indicatori Aziende USL (media regionale)

2. *L'integrazione con il sistema di incentivazione per la direzione generale*

Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana, ha previsto dal 2006 l'integrazione con il sistema di incentivazione delle direzioni generali delle aziende sanitarie territoriali e ospedaliero-universitarie. Fin dalla sua progettazione infatti, la Regione aveva richiesto alla Scuola Superiore Sant'Anna di considerare anche questo aspetto.





L'incentivazione per le direzioni generali può incidere fino al 20% della retribuzione complessiva. Fino al 2005 questa era basata sulla capacità dei direttori generali di mantenere le aziende in condizioni di equilibrio economico, integrata in alcuni casi con progetti specifici condotti dal management. Tra assessorato e direzioni generali però non vi era un sistematico processo di definizione e negoziazione di obiettivi, né vi era una misurazione specifica e oggettiva, ad eccezione che per gli aspetti economici.

Dal 2006 invece, grazie al sistema di valutazione della performance, è stato possibile individuare tra gli indicatori monitorati quelli di maggiore rilevanza a cui collegare l'incentivazione. La capacità di mantenere l'azienda in condizioni di equilibrio economico nel 2006 ha pesato per il 50% dell'incentivazione, mentre la percentuale restante è stata collegata al perseguimento degli obiettivi monitorati dal sistema di valutazione della performance (Delibera n. 32/2008, valutazione 2006; Delibera n. 802/2007, criteri di incentivazione 2007).

Nel corso del 2007, successivamente alla pubblicazione dei dati, è stata calcolata l'entità dell'incentivazione 2006 per ciascun direttore generale. Per la prima volta questa non è stata pari ad oltre il 90% per tutti i direttori generali, come avveniva negli anni precedenti, ma è risultata diversificata dal 48 al 72%.

Per gli anni successivi, il sistema ha previsto ulteriori modifiche. Se infatti gli incentivi nel 2006 sono stati assegnati in base ad una valutazione «dicotomica», ossia positiva o negativa in base al punteggio puntuale conseguito, nel 2007 la Regione Toscana ha assegnato l'incentivazione per ogni obiettivo individuato in proporzione percentuale al miglioramento conseguito. Nel 2006 infatti alcuni direttori generali non avevano conseguito alcuna incentivazione anche su obiettivi in cui l'azienda aveva raggiunto un risultato assai migliore dell'anno precedente pur se non aveva centrato perfettamente l'obiettivo assegnato per valori minimi.

La componente economica conta oggi, nel 2008, per il 20% dell'incentivazione ed il restante 80% si distribuisce su diversi ambiti, come nella tabella seguente.



Aziende Sanitarie Locali	Incentivi		
	% singolo indicatore	% dimensione	
Valutazione sanitaria			
Tasso di ospedalizzazione standardizzato	3	22	
Tasso di ricovero per polmonite >= 60 anni	1		
Tasso di ricovero per BPCO >= 65 anni	1		
Tasso di ricovero per scompenso cardiaco >= 65 anni	2		
Tasso di ricovero per diabete con cc a lungo periodo > 17 anni	1		
Degenza media pre-operatoria (grezza)	4		
Percentuale drg medici dimessi da reparti chirurgici	2		
Percentuale colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg	1		
Percentuale fratture dell'anca operate entro 2 giorni dall'ammissione	3		
Percentuale parti cesarei depurato	2		
Percentuale ricoveri degenza >30gg per popolazione residente	1		
Indice di performance degenza media	1		
Conseguimento strategie regionali			
Tempi di attesa prestazioni diagnostiche (% visite entro 30gg)	2		22
Estensione ed adesione allo screening	2		
Copertura vaccino antinfluenzale	2		
Percentuale di individuazione dei potenziali donatori di organi	1		
Percentuale di donatori effettivi di organi	1		
Tempestività di trasmissione dei flussi al Sistema Informativo Regionale	2		
Completezza schede SDO: livello di scolarizzazione	2		
Continuità assistenziale: copertura guardia medica	2		
Hospice	2		
Riorganizzazione pronto soccorso	2		
Progetto PSR Sanità di iniziativa: Malati cronici	1		
Implementazione ospedale per intensità di cura	2		
Progetto PSR: Cup- reti informatiche- carta sanitaria	1		
Valutazione esterna (del cittadino)			
Riduzione percentuale insoddisfatti Qualità globale del Pronto Soccorso	3	10	
Riduzione percentuali insoddisfatti Coordinamento del ricovero ospedaliero	3		
Soddisfazione della capacità di informazione sui servizi offerti dalle AUSL	2		
Soddisfazione dell'organizzazione dei servizi del distretto	2		
Valutazione interna (risorse umane)			
Tasso di assenza	3	6	
Tasso di risposta all'indagine di clima interno	1		
Valutazione della formazione	1		
Valutazione del management (dipendenti e responsabili)	1		
Efficienza economica			
Accordi di bilancio	16	20	
Spesa farmaceutica convenzionata	2		
Spesa farmaceutica ospedaliera	2		
Obiettivi di Area Vasta			
Programmazione Sanitaria	4	10	
Obiettivi ESTAV*	4		
Percentuale fughe extra Area Vasta	1		
Percentuale fughe extra Regione	1		
*Si veda tabella allegata obiettivi ESTAV			
Sintesi dei risultati di valutazione			
(performance positiva-performance negativa)/n. totale indicatori	10	10	
TOTALE	100	100	
Elemento aggiuntivo:	Obiettivi aziendali specifici	10	10

FIG. 7. Sistema di incentivazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Toscane - Anno 2008



Tra questi ambiti si evidenziano le dimensioni su cui è costruito il sistema di valutazione nel suo complesso, ma con una selezione di obiettivi a cui è collegata un'incentivazione specifica. Si tratta di un set di indicatori, selezionati ogni anno, che sono considerati capaci di evidenziare la «tenuta del sistema», ossia indicativi dello stato di salute dell'organizzazione. È il caso di indicatori quali il tasso di ospedalizzazione standardizzato, la misurazione delle degenze medie, il tasso di assenza o l'estensione e adesione agli screening oncologici. Altri rappresentano invece le priorità di intervento per quell'anno. Si pensi all'indicatore relativo alle donazioni di organi o alla razionalizzazione dei servizi di continuità assistenziale. Oltre agli obiettivi collegati al sistema di valutazione vi sono inoltre degli obiettivi relativi a specifici progetti, dove il raggiungimento dell'obiettivo rimane dicotomico, ovvero l'azienda avrà assegnata l'incentivazione se realizza il progetto nei modi e tempi previsti. È il caso della programmazione sanitaria di Area Vasta¹: è stato richiesto a ciascuna Area Vasta di presentare, entro il mese di giugno 2008, il proprio piano per il triennio 2008-2010 in cui siano valutati i livelli di servizio reso, gli eventuali vuoti di offerta o di produzione inappropriata per la componente di attività ospedaliera. Sulla base di tale piano sarà possibile rivedere gli accordi relativi alle compensazioni tra aziende, ad oggi fermi ad una definizione di 3 anni fa, che prevedeva un margine di manovra tra aziende della stessa Area Vasta non superiore al 2% del valore delle prestazioni erogate.

Gli obiettivi connessi agli indicatori sono fissati per ciascuna azienda sulla base dei risultati conseguiti l'anno precedente, richiedendo un miglioramento della performance differenziato in base al punto di partenza. All'azienda che presenta il miglior risultato viene proposto di conseguire

¹ L'Area Vasta rappresenta il network in cui sono organizzate più Ausl e un'Azienda ospedaliero-universitaria che insiste su un territorio sovraprovinciale. In Toscana le Aree Vaste sono tre: Area Vasta Centro comprendente Ausl 3, Ausl 4, Ausl 10, Ausl 11, Aou Meyer, Aou Careggi; Area Vasta Nord-Ovest comprendente Ausl 1, Ausl 2, Ausl 5, Ausl 6, Ausl 12, Aou Pisana; Area Vasta Sud-Est comprendente Ausl 7, Ausl 8, Ausl 9, Aou Senese.





un lieve miglioramento rispetto a quelle aziende con una scarsa performance a cui è chiesto un miglioramento più rilevante. Con tale approccio, pur prevedendo diversi obiettivi specifici per azienda, la Regione nel complesso si propone di conseguire a livello di sistema, un determinato livello di miglioramento in linea con le strategie espresse nel Piano Sanitario Regionale e nelle delibere approvate dalla Giunta.

Vi è infine un indicatore di sintesi, di risultati di valutazione che vale il 10% dell'incentivazione complessiva, e che viene calcolato considerando la performance di tutte le misure presenti sul bersaglio. In particolare, l'indicatore prende in considerazione la differenza tra il numero di indicatori con performance positiva (posizionati nelle prime due fasce interne) e il numero di indicatori con performance negativa (posizionati nelle prime due fasce esterne).

Tale differenza è successivamente rapportata al numero di indicatori presenti sul bersaglio. L'obiettivo per tutte le aziende è il 50%.

Firmato l'accordo tra Assessorato e direzioni generali ad inizio anno, trimestralmente il Laboratorio *Management e Sanità* predispose la reportistica relativa al set di indicatori selezionati per l'incentivazione. Questa reportistica rappresenta la documentazione di supporto negli incontri periodici tra Assessore e Direttori Generali, che sono stati realizzati per seguire nel tempo le strategie di azione delle singole aziende. La reportistica è stata strutturata in modo da evidenziare l'andamento di ciascun indicatore oggetto di incentivazione e segnalare con un doppio segno verde (√√) il raggiungimento dell'obiettivo. Di seguito si riporta un esempio di scheda di monitoraggio trimestrale degli obiettivi 2008.



Allegato2: Obiettivi con indicatore numerico

AUSL X

Stima completezza invio dati SDO (flusso ricoveri):
Stima completezza invio dati CAP (Certificato di Assistenza al Parto):

90,94% Gen-Dic 2007 al
97,81% 20/01/08

Risultati 2006	Obiettivo 2007	Risultati 2007
----------------	----------------	----------------

Qualità efficienza appropriatezza sanitaria

	Risultati 2006	Obiettivo 2007	Risultati 2007	
Tasso di ospedalizzazione std	179,04	174,97		
Tasso di ricovero per polmonite ? 60 anni	680	579	779	↓
Tasso di ricovero per BPCO ? 65 anni	302		229	✓✓
Tasso di ricovero per scompenso cardiaco ? 65 anni	1691	1138	2046	↓
Tasso di ricovero per diabete con cc a lungo periodo > 17 anni	46,81	32,24	41,38	✓
Degenza media pre-operatoria grezza	2,04	2,12	1,27	✓✓
Percentuale drg medici dimessi da reparti chirurgici	31,60%	28,99%	31,51%	=
Percentuale colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg	0,42%		2,79%	✓
Percentuale fratture dell'anca operate entro 2 giorni dall'ammissione	53,57%	60,00%	51,22%	↓
Percentuale parti cesarei depurato	21,68%	18,40%	17,69%	✓✓
Percentuale ricoveri degenza >30gg per popolazione residente	1,36%		1,17%	✓
Indice di performance degenza media	-0,64		-0,74	✓

Conseguimento strategie regionali

	Risultati 2006	Obiettivo 2007	Risultati 2007	
Tempi di attesa prestazioni diagnostiche (% visite entro 30gg)*		>90%	89,79%	✓✓
Estensione ed adesione allo screening	2,27	3,16		
Copertura vaccino antinfluenzale	65,21%	>75%		
Tempestività di trasmissione dei flussi al Sistema Informativo Regionale	37,15%	39,24%		
Completezza schede SDO: livello di scolarizzazione				
Continuità assistenziale: tasso di copertura guardia medica		1:5000		

* Periodo di riferimento marzo-dicembre 2007

Valutazione esterna (del cittadino)

	Risultati 2006	Obiettivo 2007	Risultati 2007	
Riduzione percentuale insoddisfatti Qualità globale del Pronto Soccorso	9,83%	4,71%	5,68%	✓
Riduzione percentuali insoddisfatti Coordinamento del ricovero ospedaliero	11,65%			
Soddisfazione della capacità di informazione sui servizi offerti dalle AUSL			35,54%	
Soddisfazione dell'organizzazione dei servizi del distretto			67,27%	

Valutazione interna (risorse umane)

	Risultati 2006	Obiettivo 2007	Risultati 2007	
Tasso di assenza* (escluse maternità)	7,92%		8,93%	↓
Tasso di risposta all'indagine di Clima Interno	25,33%	>50%	34,04%	✓
Valutazione della formazione		> 3	3,20	✓✓
Valutazione del management (dipendenti e responsabili)	2,85	> 3	2,79	↓

FIG. 8. Scheda per rilevazione obiettivi e risultati

3. Il processo di informatizzazione del sistema di valutazione

Fin dalla fase di progettazione iniziale è stato chiaro sia al team di ricerca del Laboratorio *Management e Sanità*, sia alla Regione Toscana che, successivamente ad una fase di sperimentazione e validazione del sistema di valutazione della performance, sarebbe stato necessario un investimento specifico nell'informatizzazione del sistema stesso.

Nei primi anni di utilizzo infatti il sistema si è basato da un lato sul sistema informativo regionale per l'estrazione di una parte dei dati, dall'altro ha utilizzato dati prodotti diret-

tamente da indagini condotte dallo stesso laboratorio Mes (vedi fig. 10).

DIMENSIONI DEL BERSAGLIO	FONTI
INDICATORI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE (A)	ARS Toscana
CAPACITA' PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI (B)	<ul style="list-style-type: none"> • Flussi ministeriali e regionali • Enti, Organizzazioni sanitarie • Indagini MeS sugli utenti (CATI)
VALUTAZIONE SOCIO-SANITARIA (C)	Flussi ministeriali e regionali
VALUTAZIONE ESTERNA (D) Campione da 300 a 600 utenti ad azienda	Indagini MeS sugli utenti (C.A.T.I.): <ul style="list-style-type: none"> • sulla popolazione • sugli utenti ricoverati • sulle partorienti • sugli utenti del PS
VALUTAZIONE INTERNA (E) Campione da 400 a 1300 dipendenti (dal 2008 intera popolazione)	<ul style="list-style-type: none"> • Indagine MeS di clima organizzativo (C.A.W.I.) • Flussi aziendali
VALUTAZIONE EFFICIENZA OPERATIVA E DINAMICA ECONOMICO-FINANZIARIA (F)	<ul style="list-style-type: none"> • Flussi ministeriali e regionali • Bilanci aziendali

FIG. 9. Le dimensioni del bersaglio e le fonti dei dati

Oltre al reperimento delle informazioni e dei dati², compito fondamentale del Laboratorio Mes è stato l'elaborazione degli indicatori per la valutazione, con la relativa assegnazione dei punteggi e quindi la successiva collocazione di ciascun indicatore di sintesi sul bersaglio, percorso descritto nei paragrafi precedenti.

A ciascuna azienda e alla Regione, fino al 2007 è stata fornita la reportistica specifica su carta e su supporto elettronico, ossia su un CD che permetteva la visualizzazione del bersaglio in cui ciascun punto ivi riportato era collegato con modalità ipertestuale con l'indicatore, rappresentato in benchmarking con i risultati delle altre aziende e con il confronto con l'anno precedente.

I dati del sistema di valutazione dal 2008 sono invece accessibili mediante il web sul portale <https://report.sssup>.

² Nella Parte quarta per ogni dimensione vengono illustrate dettagliatamente le fonti dei dati e le metodologie applicate per la valutazione di ciascun indicatore del sistema.



it³ con accesso tramite password da parte delle aziende e della regione (vedi fig.11) [Cerasuolo, Nuti 2008].

Ciascuna azienda può interrogare il sistema in qualsiasi momento ed ottenere il bersaglio «last» con i dati disponibili più aggiornati. I dati sono rappresentati sul bersaglio quando sono consolidati per il periodo di riferimento ed è possibile procedere alla loro valutazione e all'assegnazione del punteggio relativo. Se nel corso dell'anno viene realizzata un'indagine sulla soddisfazione dell'utenza, questa è reperibile sul sito web appena conclusa e la valutazione che ne emerge compare in tempi rapidi sul bersaglio «last».

Gli indicatori relativi alla dimensione sanitaria sono invece calcolati trimestralmente, per fornire alle aziende e alla Regione un'indicazione sul loro andamento nell'anno, e presenti sul web ma senza valutazione. Questa compare sul bersaglio solo quando i risultati sono consolidati a livello annuale, ossia nei primi mesi dell'anno successivo.

Questa modalità di accesso all'informazione ha permesso di ampliare molto la loro conoscenza e il loro utilizzo nelle aziende. Entro il 2008 la prospettiva è di rendere il sistema su web, accessibile a tutti i cittadini.

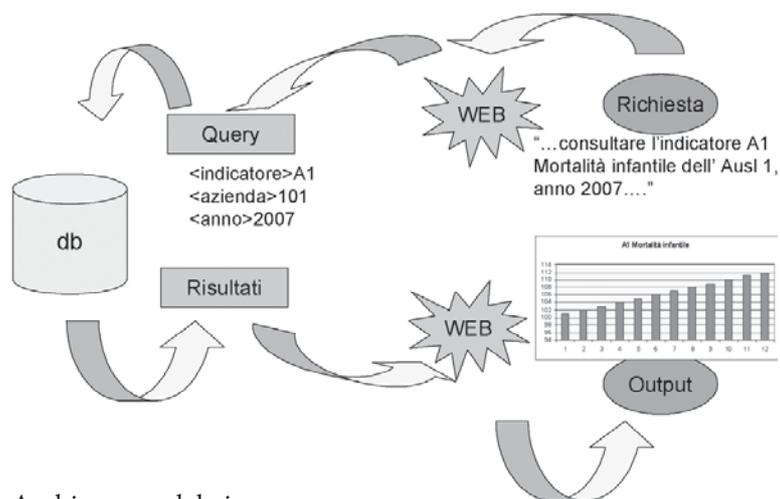


FIG. 10. Architettura del sistema

³ Per la costruzione dell'architettura del sistema è stata sviluppata un'applicazione per la quale è stata richiesta la brevettazione. In particolare grande merito per questo lavoro di notevole rilevanza ed utilità deve essere dato a Domenico Cerasuolo, che fin dall'inizio ha seguito l'informatizzazione del sistema.





4. *Il sistema di valutazione per individuare i «marginii di manovra» nel governo delle aziende e della sanità regionale.*

Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana oltre ad essere strumento di governance ormai fondamentale sia a livello regionale che aziendale ha permesso anche di percorrere un cammino mai percorso sistematicamente fino ad oggi nel contesto della pubblica amministrazione italiana. La possibilità di poter conoscere oltre alla misura del proprio risultato conseguito anche il riferimento di quelli ottenuti dalle altre organizzazioni operanti nel sistema permette infatti di impostare una serie di considerazioni e valutazioni completamente nuovi nel contesto del nostro paese.

Già Banchieri (2005) aveva già raccolto le migliori esperienze di benchmarking nella sanità italiana, nella maggioranza dei casi relativi alla valutazione della qualità dei servizi erogati, sia in termini clinici, sia relativa alla percezione dei cittadini. Nella antologia da lui curata edita nel 2005 sono presentate esperienze e progetti interessanti in cui però ancora non si coglie le possibili ripercussioni dell'applicazione del confronto da strumento di analisi a strumento a supporto del management nelle decisioni relative all'allocazione delle risorse e agli interventi per massimizzare l'efficienza a favore dell'efficacia.

Molti autori (si veda tra gli altri Horgreen, Foster, Datar, 1998) propongono il confronto dei costi aziendali con quelli sostenuti da altre organizzazioni quale strumento importante e assai valido tra i meccanismi di contabilità per la direzione a supporto dei processi decisionali e di gestione.

Nel contesto sanitario americano, per esempio, già da anni la Market Insight che opera a San Francisco esamina le informazioni di costo sottoposte agli organismi federali di controllo provenienti dai maggiori ospedali americani. La MI sviluppa rapporti di benchmark che mostrano i livelli di costo di un ospedale confrontati con quelli di numerosi altri ospedali americani. I rapporti possono essere predisposti a livello di ospedale nel suo complesso oppure per uno specifico raggruppamento diagnostico.

Nel contesto della pubblica amministrazione italiana questa





tipologia di informazioni presenta una significatività estremamente elevata perché è tipico del nostro contesto presumere di aver già ottenuto la massima efficienza del sistema e che difficilmente si possa agire per diminuire i costi sostenuti, al massimo si considera possibile adoperarsi per contenerne l'aumento.

Questa era la prospettiva presente anche nella sanità toscana. L'inerzia dei costi dovuta all'incidenza minima dei costi variabili sul totale delle risorse impiegate da un lato e la forte cultura di autoreferenzialità dall'altro, comportava che nelle fasi di valutazione dell'adeguatezza delle risorse allocate dalla Regione a ciascuna Ausl annualmente si considerasse impossibile prevederne una diminuzione a parità di prestazioni prodotte. Spesso le direzioni aziendali lamentavano di non avere più alcun spazio di manovra per migliorare l'efficienza e che ormai tutto era stato già tentato per garantire la corretta allocazione e l'utilizzo delle risorse. La presenza di eventuali deficit e disequilibri di bilancio quindi era certamente più da imputare ai criteri di pesatura della quota capitanata non perfettamente rispondenti ad evidenziare i fabbisogni differenziati di servizi da parte della popolazione che non a inefficienza dell'azienda sanitaria. Le aziende ospedaliere universitarie invece identificavano nel non aggiornamento delle tariffe per le prestazioni di ricovero la causa delle loro perdite, soprattutto per i DRG ad elevata complessità. La Regione d'altro canto aveva poche misure per valutare sistematicamente gli output realizzati quindi la negoziazione si basava per lo più sul rapporto di fiducia tra Assessorato e Direzioni Generali.

La possibilità di avere a disposizione un sistema di ben 130 indicatori in benchmarking ha permesso di modificare l'approccio al problema. La presenza di una così elevata variabilità di performance nella maggioranza degli indicatori monitorati dal sistema ha dimostrato l'esistenza di assetti organizzativi e comportamenti adottati assai differenziati tra le aziende e che a queste scelte può essere in larga misura imputata la differenza dei risultati conseguiti. Far emergere le differenze per la prima volta ha testimoniato al sistema che in molti degli ambiti indagati le aziende avevano spazi di miglioramento provati dal fatto che una, o più, o addirittura la maggioranza delle altre istituzioni





del sistema riusciva a conseguire output superiori. Queste evidenze hanno permesso di abbattere gli «alibi», eliminare il termine «impossibile» e costruire la nuova cultura del «possibile». Il confronto è diventato un vero e proprio «metodo di lavoro» (vedi fig. n. 12) che ha permesso di individuare per ciascuna azienda le aree di intervento. Tra queste alcune hanno permesso alle aziende di effettuare una riflessione in termini di recupero di efficienza rispetto ad obiettivi «possibili» in quanto già raggiunti da altri soggetti del sistema.



FIG. 11. Il confronto come metodo di lavoro

Il metodo adottato quindi ha previsto di analizzare tutti gli indicatori e di verificarne il possibile impatto in termini di utilizzo di risorse.

L'analisi delle aree di intervento è stata effettuata considerando due ipotesi di riferimento capaci di segnalare il minimo e il massimo raggiungibile da ciascuna azienda e dal sistema:

- Ipotesi di miglioramento minimo, ossia i cambiamenti ottenibili se tutte le aziende con performance scarsa raggiungono risultati in linea con la MEDIANA delle aziende o, in alcuni casi, la MEDIA regionale.
- Ipotesi di miglioramento massimo (best practice): corrispondente al raggiungimento da parte di tutte le aziende del sistema della best practice regionale.

Per garantire la sostenibilità di lungo periodo del sistema e per attivare processi di budgeting aziendali «credibili» e motivanti,





è necessario infatti agire sulle «determinanti» dei costi, ossia sui comportamenti che li determinano, senza tagli indiscriminati alle risorse ma responsabilizzando i professionisti sugli impatti economici che le loro scelte comportano. Se un'azienda è in condizioni di squilibrio economico e non riesce ad ottenere il pareggio di bilancio appare insostenibile e addirittura dannosa l'adozione di una riduzione di una determinata percentuale su tutti i costi senza una valutazione attenta di ciò che viene tagliato e delle cause stesse che hanno portato l'azienda al disavanzo.

Mediante l'analisi degli indicatori che potevano avere impatto sul consumo delle risorse il Laboratorio Management e Sanità ha identificato sei aree di intervento segnalate nella figura seguente:

Per ciascuna delle aree sono stati analizzati gli indicatori e le performance specifiche. Grazie al confronto è stato possibile calcolare in termini di valore lo scostamento del risultato conseguito da ciascuna azienda rispettivamente sia alla media o mediana delle aziende del sistema sia alla best practice⁴.

Per quanto riguarda tutti gli indicatori che potevano avere impatto sulla riduzione dei ricoveri o delle giornate di degenza la valorizzazione è stata effettuata per step successivi considerando le seguenti ipotesi:

- Nel caso in cui la riduzione abbia carattere marginale la giornata di degenza evitata è stata valorizzata considerando solo quei consumi evitabili nel caso in cui il letto non sia occupato dal paziente come il vitto, il cambio lenzuola e i consumi di farmaci. L'importo in questo caso, in base alle indicazioni medie fornite dalle aziende, è stato considerato pari a 40 euro per giornata di degenza;
- Nel caso in cui le riduzioni possano essere considerate più consistenti, ma non ancora tali da determinare la chiusura di un intero reparto, la valorizzazione è stata

⁴ Il tema dei costi rilevanti per le decisioni è stato trattato ampiamente da molti autori e presenta nella sua applicazione nei contesti aziendali molteplici aspetti critici in termini metodologici. Si rimanda in proposito tra gli altri a Hørgren, Foster Datar, 1998; Negri Clementi, 1988, Coda 1968, Cinquini, 2003.





effettuata includendo alle precedenti categorie di risorse il costo del personale. Se infatti le giornate di degenza che possono essere ridotte sono tali da permettere la chiusura di più posti letto, questo permette all'azienda di spostare il personale verso altri servizi con maggiori necessità. Per attuare questa tipologia di intervento è stato considerato che fosse necessario raggiungere la riduzione di giornate di degenza pari ad almeno 12 posti letto. In questo caso è stato valutato possibile modificare l'organizzazione del personale. In particolare può essere chiuso parte del reparto ed il personale spostato in un altro ambito. Questa opportunità appare praticabile soprattutto per il personale infermieristico nel breve periodo che può essere più proficuamente essere impiegato nel territorio, ma nel medio-lungo periodo vale in buona misura anche per il personale medico. La valorizzazione complessiva del costo del personale addetto all'assistenza di un set assistenziale di 12 posti letto è nella media delle aziende sanitarie toscane pari ad un valore complessivo annuale di circa 2 milioni di euro.

Con queste ipotesi quindi il team di ricerca del Laboratorio Management e Sanità⁵ ha potuto valorizzare gli scostamenti per ciascuna azienda dalla media e dalla best practice per ciascun indicatore che monitorasse un aspetto inerente al consumo delle risorse. Diminuire la degenza media preoperatoria per gli interventi chirurgici programmati, e portarla ad una giornata come previsto dallo standard richiesto dalla Regione, significa per esempio per l'azienda ospedaliero universitaria pisana evitare ben oltre 38.000 giornate di degenza in un anno che, divise per 365 giorni, sono pari a 105 posti letto inadeguatamente utilizzati. Considerando l'entità rilevante delle giornate evitabili, la corretta implementazione di un percorso di preospedalizzazione e di adeguate procedure per il ricovero in linea con la dispo-

⁵ Si ringrazia in particolare Milena Vainieri, Anna Bonini Barbara Lupi che hanno contribuito a questo lavoro.



Le aree di intervento analizzate:

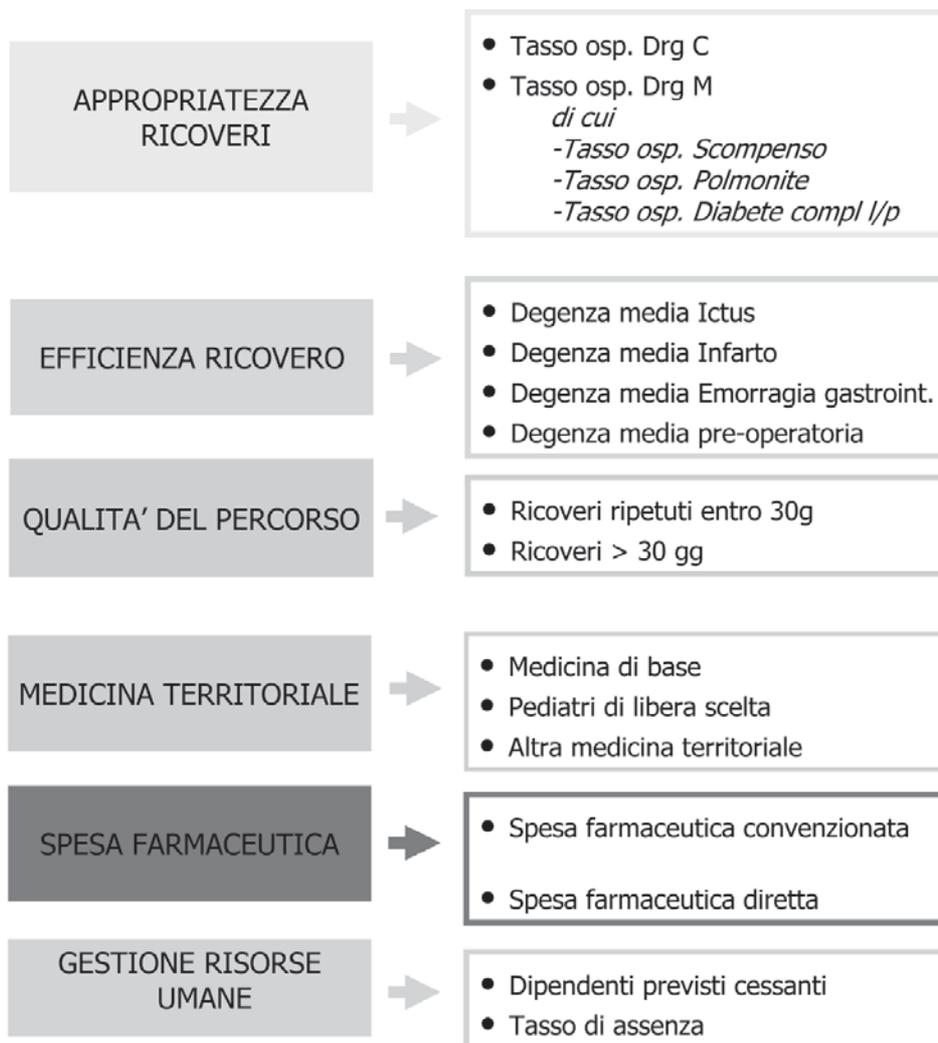


FIG. 12. Le aree di intervento analizzate



nibilità della sala operatoria dedicata all'attività chirurgica programmata, possono permettere la riorganizzazione e riduzione pesante dei posti letto dei reparti chirurgici. Queste azioni possono permettere all'azienda di liberare risorse, valorizzate con i dati del 2006 a quasi 20 milioni di euro, e di allocarle ad altri o nuovi servizi con maggiore beneficio degli utenti

Non si tratta di «risparmi» ma di risorse che nel medio – lungo periodo possono essere spostate e allocate per altre destinazioni. Complessivamente solo la manovra della riduzione della degenza media preoperatoria per gli interventi chirurgici in regime programmato può determinare a livello regionale uno spazio di manovra di oltre 50 milioni di euro. Questo valore non si basa su un'ipotesi mai effettivamente testata ma da evidenze concrete, dato che nel sistema sanitario toscano opera un'azienda che l'obiettivo lo ha già pienamente conseguito e che testimonia la raggiungibilità dello standard proposto.

Tra gli altri interventi si propone, a titolo di esempio, anche la riduzione del tasso di ricovero per polmonite che permetterebbe alla Regione nel suo complesso di liberare risorse per un importo pari a quasi 14 milioni di euro. Questo tasso di ospedalizzazione, come altri relativi alle patologie croniche, è utilizzato nel sistema di valutazione quale indicatore indiretto della performance del territorio. L'ospedalizzazione in questi casi infatti rappresenta assai spesso il fallimento delle attività di prevenzione e cura di queste patologie sul territorio. Interventi coordinati su più fronti da parte dei medici di famiglia e di educazione del paziente alla responsabilità del proprio percorso di cura potrebbero portare a risultati sanitari assai più elevati ed a una riduzione nel consumo di risorse. Il ricovero in ospedale infatti, quasi sempre in condizioni di emergenza, denuncia una cattiva gestione della patologia. La stabilizzazione delle condizioni del paziente, la diagnosi da parte del pronto soccorso, la definizione della cura per recuperare le condizioni precedenti al ricovero sono attività che assorbono risorse e che spesso non riportano il paziente a quella condizione di benessere che avrebbe potuto avere grazie ad una cura





preventiva e controllata nel proprio domicilio. Spesso si denuncia che interventi di sanità d'iniziativa nel territorio non possono essere realizzati a causa della mancanza di risorse dedicate, ossia per esempio la carenza di figure infermieristiche che possano affiancare il medico di famiglia nella cura dei pazienti affetti da patologie croniche. In realtà la riduzione dei tassi di ospedalizzazione per patologie croniche negli anziani ad un livello già conseguito da un'azienda del sistema potrebbe rimettere in circolazione nel sistema milioni di euro e certamente potrebbe permettere di spostare risorse di personale dall'ospedale al territorio.

Mediante il calcolo delle risorse che potrebbero essere nel medio lungo periodo liberate dall'attuale modalità di utilizzo nelle aziende se riuscissero a migliorare la propria performance e a posizionarsi sulla media regionale o, nella migliore delle ipotesi, a raggiungere la best practice, il sistema sanitario nel suo complesso e le singole aziende, hanno potuto avere un'idea di dove conveniva puntare per recuperare efficienza e quanto si poteva ipotizzare di conseguire in termini di risorse manovrabili almeno considerando le leve che sono state oggetto di misurazione. Si tratta quindi di un riferimento sicuramente prudenziale che emerge solo da quanto fino ad oggi misurato in Toscana. È ipotizzabile che l'ampliamento della misurazione anche ad altri ambiti di attività possa permettere in futuro di individuare altri spazi di manovra e quindi aumentare l'entità delle risorse recuperabili.

Nella figura 13 si evidenziano a livello regionale l'entità di risorse liberabili nel medio periodo classificate per tipologie di azione nelle due diverse ipotesi: rispetto al conseguimento almeno della media dei risultati di performance da parte delle aziende con risultati al di sotto di questo riferimento e nell'ipotesi di portare tutto il sistema alla best practice.

Se sommiamo tutti i margini di manovra a livello regionale l'entità delle risorse ammonta nell'ipotesi meno sfidante della media a oltre 384 milioni di euro pari ad oltre il 6 % del totale delle risorse destinate alla sanità a livello regionale (6100 milioni di euro) , mentre nell'ipotesi di allineamento dei risultati aziendali alla best practice si può raggiungere la cifra di 649



milioni di euro, pari a quasi l'11 % del totale delle risorse.

Il risultato di questa analisi ha modificato profondamente l'utilizzo stesso del sistema di valutazione della performance. È nata infatti la consapevolezza che il confronto con gli altri soggetti non solo è utile per collocare in una scala non auto-referenziata i propri risultati ma anche come strumento che facilita l'individuazione delle aree di priorità di intervento almeno sul versante dell'efficienza.

Ogni azienda infatti può a propria volta, in base ai risultati specifici conseguiti, individuare l'ammontare complessivo dei propri margini di manovra ma anche gli ambiti in cui questi interventi sono attuabili. Il grafico presentato nella figura n. 14 evidenzia come il mix di manovra sia differente da azienda a azienda. Ogni istituzione potrà così riconoscere non solo i propri punti di forza e di debolezza ma anche gli ambiti in cui agire per liberare risorse da allocare nelle aree da potenziare.

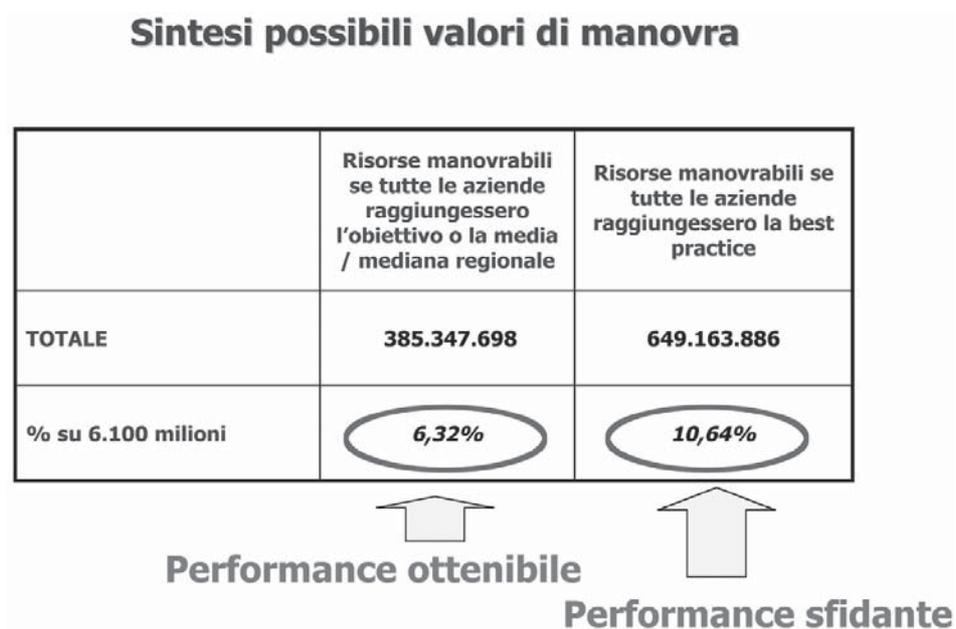


FIG. 13. Sistemi possibili valori di manovra



Margini di manovra per area di intervento

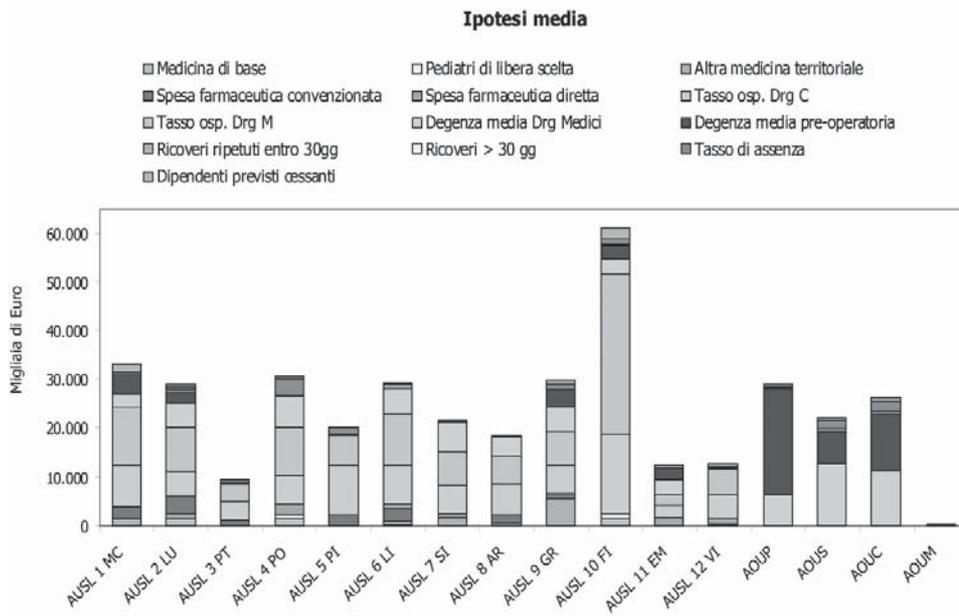


FIG. 14. Margini di manovra per area di intervento



% risorse manovrabili sul valore della produzione 2006

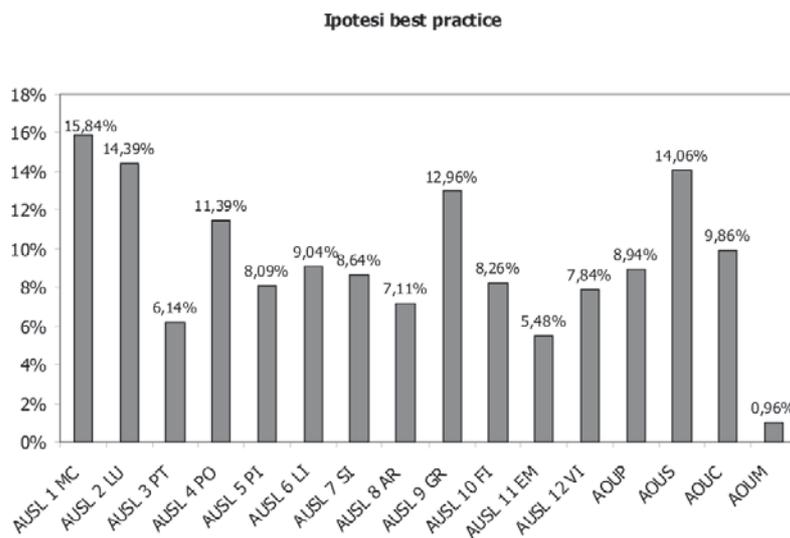


FIG. 15. Margini di manovra economica Regione Toscana nell'ipotesi media





Infine è stato possibile calcolare l'incidenza dei margini di manovra sul totale del valore della produzione di ciascuna azienda (figura 15). L'ammontare delle risorse che nel medio periodo possono essere riallocate, se si consegue un miglioramento di performance sugli indicatori oggetto di analisi, variano per ciascuna azienda anche in base alle dimensioni complessive aziendali. In questo senso è chiaro che un'azienda come la Asf di Firenze, che rappresenta la realtà di gran lunga più grande della Toscana può agire su risorse più elevate.

Il rapporto invece tra risorse manovrabili e valore della produzione permette di dare indicazioni significative al sistema regionale e al management sulla percentuale di risorse che risultano mal impiegate e che necessitano di interventi di riallocazione.

Tra le aziende Toscane questa percentuale varia nell'ipotesi di conseguire al minimo la performance media del sistema dal 2% all'11 %, mentre nel caso in cui tutte le aziende raggiungessero la best practice la percentuale, come nella figura n. 18, prevede un minimo pari al 5,48.

Soprattutto per le aziende che registrano alte percentuali di possibilità di recupero sul valore della produzione diventa difficilmente sostenibile di non avere risorse sufficienti per garantire il pareggio di bilancio. A queste aziende in particolare, ma a tutte in generale, il sistema adottato ha dato la conferma che la via per una più corretta e appropriata gestione delle risorse ci sono anche se può apparire complesso e difficile percorrerla. La comunicazione e pubblicazione dei dati a confronto, ancora una volta, possono essere leve su cui il management può lavorare per diffondere la consapevolezza, dentro e fuori l'azienda, che bisogna avere il coraggio di togliere risorse là dove non sono più necessarie e utilizzarle dove sono più utili al bene collettivo. In questa prospettiva è essenziale che in futuro si trovino allineate tutte le componenti del sistema, sindacati compresi.





5. *Il collegamento del sistema di valutazione con la pianificazione strategica regionale*

Nel corso dell'anno 2007 la Regione Toscana si è avviata alla predisposizione del nuovo Piano Sanitario Regionale 2008-2010. I risultati monitorati mediante il sistema di valutazione della performance hanno rappresentato uno strumento fondamentale, insieme alla Relazione Sanitaria predisposta dall'Agenzia Regionale Sanitaria Toscana sullo stato di salute dei cittadini toscani, per fare il punto sulla realtà della sanità toscana e sulle aree su cui puntare per migliorare i servizi erogati.

Al terzo anno di utilizzo del sistema di valutazione della performance, avendo conseguito un certo grado di solidità sia in termini di affidabilità delle metodologie adottate, sia in termini di pervasività del sistema negli ambiti di maggiore rilevanza gestionale, l'elaborazione del Piano Sanitario Regionale ha rappresentato una tappa importante per valutare la capacità dello strumento di integrarsi con i meccanismi di programmazione strategica di sistema. Questa integrazione appare quanto mai necessaria per garantire l'allineamento delle scelte operative agli orientamenti strategici, per garantire coerenza tra questi e il sistema di incentivi.

Proprio in considerazione dei risultati raggiunti ed in coerenza con la filosofia di governo della Regione Toscana, nel nuovo PRS si confermano i valori di riferimento in particolare quelli di uguaglianza, di umanizzazione, di salute intesa come diritto/dovere, di continuità, di equità, di accessibilità.

Il nuovo P.S.R. intende infatti integrare i valori e i principi «storici» del sistema toscano con ulteriori elementi in grado di connotare con coerenza ed efficacia i nuovi bisogni, ma anche di assumere valore di riferimento e di valutazione delle iniziative e dei programmi futuri⁶.

⁶ Sul sito della Regione Toscana è disponibile la versione integrale del PSR in fase di approvazione del Consiglio regionale. Si ringrazia Enrico Desideri per il contributo fornito nella predisposizione di questa sintesi degli elementi di maggiore rilevanza contenuti nel nuovo PSR.





In questo senso sono assunti quali elementi guida della pianificazione strategica regionale i principi di appropriatezza e di qualità, di produttività e d'iniziativa.

Appropriatezza, ossia dare a ciascuno secondo il bisogno, senza sprechi e senza carenze, senza consumi inutili e senza penuria di mezzi, utilizzando al meglio le risorse umane, tecnologiche e finanziarie secondo il criterio della programmazione e dell'integrazione dei servizi, in linea con le più avanzate pratiche mediche e assistenziali, garantendo l'innovazione, a livello tecnologico ed organizzativo, e attuando il principio della rete e della specializzazione basata sulla casistica e sui differenti gradi di complessità.

Qualità, in modo da garantire in ogni punto del Servizio Sanitario e per tutte le prestazioni, le sue componenti di accesso, di presa in carico, di percorso assistenziale, di relazione umanamente ricca tra operatori e pazienti.

Si vuole attuare mediante il conseguimento del più alto livello di valorizzazione e miglioramento continuo delle competenze professionali, delle tecnologie e dell'organizzazione, garantendo con l'informazione e la comunicazione, un controllo continuo da parte del cittadino-utente.

Iniziativa, ossia la proposta di una sanità che non attende che il cittadino arrivi ai servizi ma orienta 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.

L'iniziativa dei servizi rivolta prima di tutto ai più deboli riguarda sia la prevenzione primaria e secondaria, sia gli interventi sul territorio, sia quelli in ambito ospedaliero.

In questo senso si propone che il sistema ripensi, impiegando anche parte delle risorse che si liberano dall'implementazione dei processi di appropriatezza, qualità e produttività, i modelli d'intervento in modo che questi siano capaci di individuare chi ha più bisogno ed a questi sia dedicata particolare attenzione, superando il rischio di una distribuzione di «parti uguali tra disuguali».





Questi problemi richiamano il senso profondo del valore dell'eguaglianza nelle cure come fondamento del Servizio Sanitario Pubblico.

Il Piano si propone perciò di realizzare concretamente modelli d'intervento ed obiettivi di iniziativa, che privilegino le categorie più deboli.

Questo passaggio viene considerato come la naturale e al tempo stesso «virtuosa» evoluzione del sistema sanitario toscano, che, dopo aver assolto alla garanzia del diritto alla cura, intende ora operare perché questo si realizzi pienamente anche per quelle fasce che, pur avendone più bisogno, hanno una minore consapevolezza dell'offerta disponibile.

Tale aspetto, che va dall'utilizzo non uniforme degli screening oncologici e dei controlli in gravidanza, a quello della prevenzione delle carie nei bambini, dei programmi di educazione alimentare, richiede una nuova modulazione dell'organizzazione dei servizi, in grado di intercettare una domanda potenziale che non trova la capacità di esprimersi o di essere adeguatamente rilevata.

«Produttività» intesa come il risultato della realizzazione nei servizi sanitari del più alto livello possibile di appropriatezza e qualità che, in sanità, è in molti casi portatrice di riduzione di costi. Questo concetto, spesso utilizzato nel mondo delle imprese private, si traduce in sanità come un dovere etico verso il cittadino che finanzia ed utilizza il servizio. Perciò è necessario contrastare, con senso di equilibrio e giustizia, gli sprechi, le inefficienze, le situazioni di lassismo.

In questa ottica il nuovo PSR intende proporre un'etica del lavoro nella Pubblica Amministrazione in generale e in Sanità in particolare, che valorizzi il rispetto nei confronti dei colleghi (ogni giorno di assenza non giustificato aumenta il carico di lavoro di chi lo sostituisce) e contrasti un'idea di inoperosità del pubblico, cui viene contrapposta una visione quasi miracolistica, in termini di efficienza, attribuita al privato.

Nel piano si prevede di raggiungere tale obiettivo non solo oggettivando i risultati che già il sistema è in grado di produrre, ma anche ricercando un nuovo e più avanzato equilibrio tra





garanzie dei diritti dei lavoratori, valorizzazione del senso di appartenenza, riconoscimento del merito dei singoli.

Il Laboratorio *Management e Sanità* ha svolto nel 2007 un'indagine telefonica su 5.400 cittadini toscani. L'indagine si proponeva di sottoporre alla valutazione pubblica i nuovi principi enunciati nella proposta di Piano.

Allo scopo di acquisire «interpretazioni, convinzioni, idee» sui temi ed obiettivi cruciali, sono state poste, a ciascun cittadino, queste domande:

Pensando alla sanità, la parola INIZIATIVA cosa le fa venire in mente?

Pesando alla sanità, se le dico MIGLIORARE LA QUALITÀ, cosa le viene in mente?

Pensando alla sanità, se le dico MIGLIORARE LA PRODUTTIVITÀ, cosa le viene in mente?

Il sondaggio ha fornito preziose indicazioni; le persone intervistate non solo hanno tradotto e «pesato» i principi guida in aspettative esigibili, frutto di esperienze, valori, interessi che vorrebbero veder realizzati, ma hanno anche restituito un insieme di requisiti sui quali il Sistema stesso dovrà misurarsi e «rendere conto».

Il cittadino, infatti esprime la propria posizione riassunta nei punti seguenti:

- chiede accessibilità alle cure, trasparenza e tempestività di percorsi diagnostici terapeutici;
- esige attenzione come persona ed un rinnovato rapporto professionista-paziente;
- domanda un'informazione maggiore sulle cause di fragilità e sui comportamenti necessari per mantenersi in salute;
- richiede al sistema una sostanziale efficienza nei comportamenti organizzativi evitando gli sprechi e la frammentazione dei percorsi diagnostico terapeutici.

Vuole, in sintesi, una nuova cultura delle responsabilità che, accanto ai tradizionali indicatori di efficacia, efficienza, economicità, ponga le dimensioni dell'equità, della trasparen-





za, della correttezza in tutti gli aspetti della relazione e della gestione della salute.

Con questi presupposti, e con modalità integrate con l'elaborazione del PSR, è stata progettata la mappa strategica con l'individuazione dei macro processi da perseguire, degli obiettivi specifici e degli indicatori da utilizzare per guidare le aziende nel prossimo triennio.

Per poter monitorare la capacità del sistema sanitario toscano di perseguire gli obiettivi del PSR e di realizzare le azioni previste al fine di migliorare lo stato di salute dei cittadini garantendo la sostenibilità stessa del sistema, è stato individuato un set di indicatori di sintesi, in buona parte già presenti nel sistema di valutazione della performance, classificati in quattro macro tipologie:

- i presupposti conoscitivi a supporto dei processi decisionali e di governo consapevole, ossia le informazioni di cui il sistema deve dotarsi nel triennio per orientare efficacemente le azioni che intraprende;
- gli indicatori di processo per monitorare le «azioni», ossia le misure in grado di monitorare sia gli interventi di razionalizzazione sia le strategie di riorientamento e riqualificazione dei servizi erogati;
- gli indicatori di output per misurare i risultati di breve periodo, ossia i risultati attesi capaci di rappresentare l'efficacia delle strategie intraprese mediante il PSR;
- gli indicatori outcome per misurare i risultati di medio-lungo periodo, ossia il consolidamento del risultato in termini di miglioramento dello stato di salute della popolazione

Le sfide del nuovo PRS sono state quindi tradotte in termini di obiettivi attraverso tale classificazione e illustrate in una mappa descritta nella figura 19. Tra i presupposti fondamentali vi è la possibilità di disporre di un sistema informativo più ampio e ricco di informazioni per produrre nel sistema quelle conoscenze ed evidenze capaci di creare apprendimento e orientamento dell'azione. Grazie all'ampliamento delle informazioni raccolte, elaborate e restituite al sistema con le metodologie di benchmarking sarà possibile proseguire nelle azioni tese a



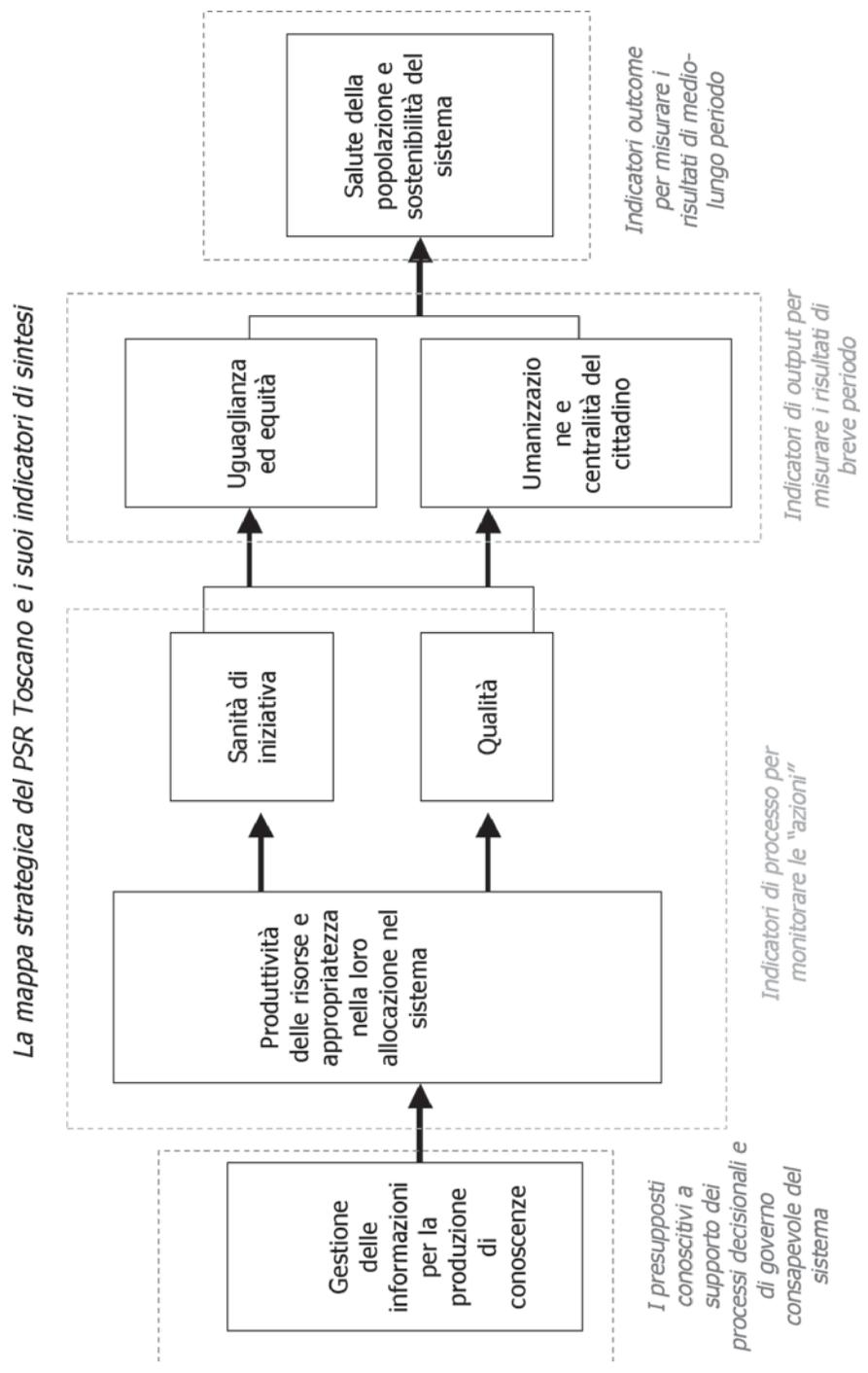


FIG. 16. La mappa strategica del PSR Toscano e i suoi indicatori di sintesi



migliorare la produttività mediante una corretta allocazione delle risorse. Quindi senza contare su risorse aggiuntive, ma usando meglio ciò che la collettività pone nelle mani del soggetto pubblico, garantendo un approccio più segmentato di risposta alla domanda che permetta di non fallire sui target a massima priorità – laddove cioè il bisogno sanitario si incrocia in termini di rilevanza con il bisogno socio-economico. Sono da leggere in questi termini, le azioni relative alla sanità di iniziativa e il miglioramento della qualità dei servizi erogati.

Mediante queste due tipologie di azioni si intende perseguire un miglioramento degli output, ossia una maggiore uguaglianza ed equità, ma anche una focalizzazione in termini di risposta ai bisogni di umanizzazione dei servizi resi.

Per ciascuna sfida, o obiettivo strategico del PSR, sono stati identificati i risultati attesi e cosa meritava di essere misurato al fine di verificare nel tempo il grado di raggiungimento degli obiettivi stessi.

La mappa strategica del PSR Toscano e i suoi indicatori di sintesi

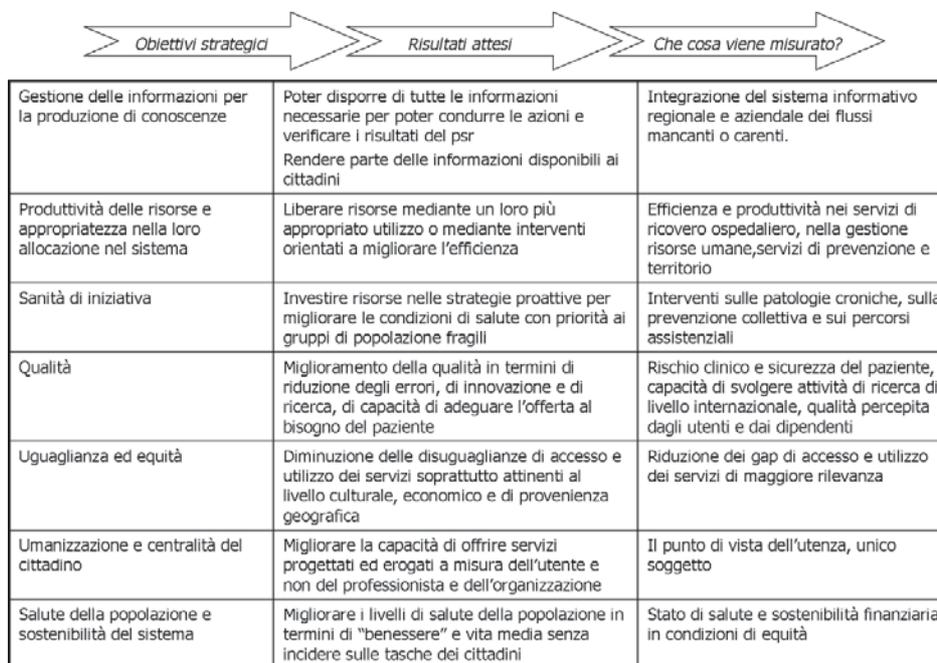


FIG. 17. La mappa strategica del PSR Toscano e i suoi indicatori di sintesi

Ciascuno degli obiettivi è stato declinato in azioni e indicatori di monitoraggio relativi alla realizzazione stessa delle azioni previste. Tra questi indicatori sono stati inclusi la maggior parte degli indicatori che compongono il sistema di valutazione della performance della sanità toscana. A titolo di esempio si propongono alcune delle azioni e i relativi indicatori selezionati con cui si intende monitorare nel triennio la capacità del sistema e delle aziende sanitarie di perseguire gli obiettivi strategici del piano (figura n. 18).

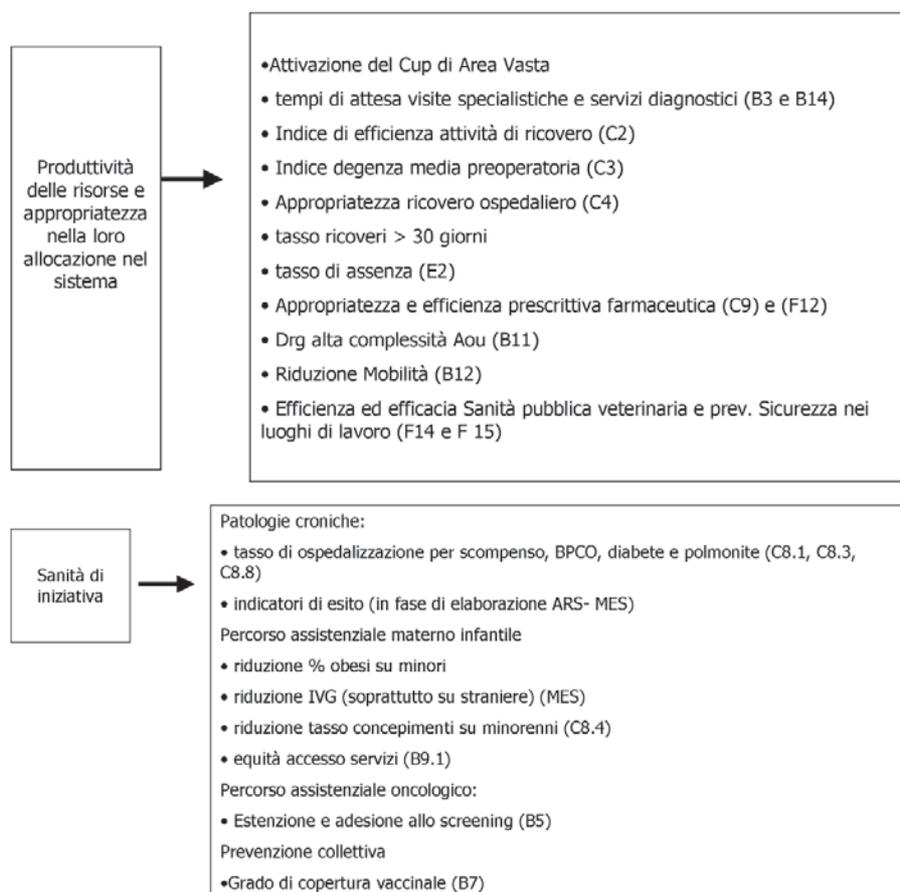


FIG. 18. Gli indicatori di Piano

6. *Le prospettive future*

Nel nuovo Piano Sanitario Regionale toscano la valutazione viene proposta come «metodo di lavoro», ossia come modalità permanente per affrontare la gestione delle risorse



pubbliche per la creazione di valore per il cittadino.

La prospettiva è che diventi sempre più una condizione essenziale per poter rispondere delle responsabilità sociali che il soggetto pubblico si assume ogni qualvolta eroga servizi a favore dei cittadini con risorse da questi fornite.

In questa ottica si pone già la revisione della legge regionale 40 del 2005, relativa alla «Disciplina del Servizio sanitario regionale» che prevede all'art. 2 la definizione della valutazione, ossia *l'insieme di strumenti e sistemi che la Regione e i soggetti del sistema adottano per verificare il raggiungimento degli obiettivi della programmazione, ossia i risultati conseguiti misurabili in termini di livelli di salute della popolazione, efficacia e qualità delle cure, appropriatezza ed efficienza dei servizi erogatrici*, e, tra i principi costitutivi del sistema sanitario toscano, all'art. 4 la *puntuale verifica dei risultati raggiunti dal sistema sanitario e trasparenza nella loro comunicazione ai cittadini*.

In linea con questi orientamenti, nei prossimi anni la valutazione nella Regione Toscana si estenderà da un lato alle zone distretto comprensive della medicina territoriale – delle cui prospettive in particolare tratterà nel prossimo capitolo Paolo Tedeschi –, dall'altro alle singole unità organizzative di struttura complessa operanti in ambito ospedaliero. L'obiettivo è giungere nei prossimi anni alla predisposizione di un sistema capillare che metta a disposizione dei cittadini su web i risultati conseguiti, in ottica multidimensionale, dalle aziende, dalle zone distretto, dai dirigenti di struttura complessa (Primari) degli ospedali pubblici.

In termini invece di estensione del sistema di valutazione della performance sul territorio nazionale, è in fase di definizione la sua implementazione nella Regione Liguria, interessata a introdurre nel prossimo biennio il sistema di valutazione descritto in questo volume, con i suoi interventi di adattamento alla realtà ligure, ma con le metodologie adottate in Toscana. Questa opportunità permetterà nei prossimi anni un ulteriore lavoro di consolidamento del sistema, al fine di renderlo strumento applicabile in tutte le regioni che vorranno procedere nel cammino della trasparenza e della misurazione dei risultati.





PAOLO TEDESCHI

MISURARE E VALUTARE LA PERFORMANCE ASSISTENZIALE DELLA SANITÀ TERRITORIALE

Premessa: dall'era dell'accesso alle prestazioni all'era del servizio territoriale

Crescenti evidenze internazionali sottolineano come i sistemi sanitari che hanno investito sulle cure territoriali riescano a conseguire risultati di salute, equità, e continuità assistenziale superiori ai sistemi più orientati alle cure specialistiche [Atun 2004]. A caratteristiche quali la diffusione geografica, la longitudinalità delle cure nel tempo o l'orientamento alle comunità locali, corrisponde infatti un miglioramento della salute [Macinko, Starfield, Shi 2003]. Nonostante ciò, pochi Paesi hanno investito in modo attivo nel territorio: l'allocazione delle risorse, e soprattutto la spesa sanitaria finale, è spesso ancora a favore del settore ospedaliero, trascurando così il potenziale apporto della sanità territoriale in termini di guadagni di salute rispetto alle risorse impiegate (e non già solo in termini di contenimento dei costi).

Cure primarie e secondarie, generaliste e specialiste, non sono antitetiche o concorrenziali; semmai sono interdipendenti rispetto alla necessità di conseguire nuovi equilibri tra efficienza ed efficacia, qualità ed appropriatezza, equità sociale e soddisfazione dei pazienti [Docteur, Oxley 2003]. Lo sviluppo di sistemi sanitari orientati al futuro richiede però un ripensamento del «mix assistenziale» tra ospedale e territorio (peraltro già in atto proprio in Toscana con l'introduzione degli ospedali per intensità di cura), ma anche innovazioni nella proposta di servizi territoriali, tra cui forse una «nuova medicina delle cure primarie» [Marino 2007]. In quest'ottica diventa opportuno un sistema di cure territoriali non solo professionali, ma anche professionalmente organiz-





zate, al fine di poter selezionare, rispondere ed indirizzare i bisogni, sia delle patologie croniche che delle urgenze non complesse, ma anche quelli dei cittadini con minori opportunità di ricorso agli attuali servizi sanitari per motivi culturali, sociali o economici. La libertà di scelta dell'assistito non esclude a priori che si possano realizzare delle formule territoriali più attraenti e con un miglior rapporto tra costi ed efficacia, aggiungendo all'accessibilità ed al rapporto personale con il medico, anche la disponibilità locale di competenze multi-disciplinari e di servizi integrati.

Rispetto all'ospedale, il vasto e composito mondo della sanità territoriale (dalla prevenzione alla medicina convenzionata, dalla specialistica territoriale all'assistenza domiciliare e residenziale), deve tuttavia vincere un'inerzia sia nella cultura professionale che nell'immagine percepita. Mentre l'ospedale consta di una forte identità strutturale, il territorio presenta per sua natura molteplici varianti e specificità locali (in termini di bisogni, geografia, condizioni abitative o sociali, offerta di prestazioni). Ed è proprio in ragione di questa eterogeneità che un modello di «medicina di attesa» (del bisogno che si trasforma in domanda) appare ormai insufficiente rispetto alla pressione delle malattie croniche, alle aspettative dei pazienti, alle disuguaglianze di salute. Non a caso, sia all'estero (Cfr. *The future direction of general practice*, Royal College of General Practitioners 2007), sia in Italia (Cfr. *La rifondazione della medicina generale*, FIMMG 2007), gli stessi medici di medicina generale riconoscono la necessità di riorientare l'assistenza rispetto ai bisogni, per poter attuare una «sanità di iniziativa» (in grado di segmentare il bisogno in funzione del profilo di rischio, di prevenire l'insorgere di complicanze, di garantire continuità assistenziale e presa in carico socio-sanitaria, di differenziare le risposte tra cure primarie, intermedie, e di ulteriore livello). Ne discende che il futuro delle cure primarie e dei servizi distrettuali non è questione di «modelli o contenitori istituzionali» (ancorché necessari), ma di scelte sul dove e sul come riallocare funzioni, contenuti assistenziali e risorse, al fine di poter garantire una migliore qualità e capacità di presa in carico (ad esempio attraverso





metodologie quali il *chronic care model*). L'evoluzione da «medicina convenzionata» a «cure primarie» (ambulatoriali, domiciliari, residenziali) dipenderà dalla capacità di sviluppo organizzativo locale, dalla maturazione dei ruoli professionali (es. medici coordinatori di equipe multidisciplinari), da nuove relazioni a rete (es. tra medici ed infermieri, tra medici di famiglia e specialisti, tra operatori sanitari e sociali, ecc.), nonché dalla rimozione degli ostacoli all'integrazione gestionale dei medici territoriali nelle Aziende sanitarie (adeguando responsabilità, sedi territoriali, standard di servizio, contratti di lavoro, ecc.).

Da ultimo, un recente Rapporto OCSE sottolinea come, sebbene i finanziamenti per la sanità siano aumentati in tutti i Paesi sviluppati, la maggior parte delle risorse è ancora assorbita da una programmazione per patologia (privilegiando quindi la risposta ad eventi acuti), limitando nei fatti le disponibilità per servizi territoriali integrati sia a livello orizzontale (mettendo in rete tutte le professionalità socio-sanitarie territoriali), che verticale (quindi con la specialistica, l'ospedale, la riabilitazione). La tendenza a ridurre l'ospedalizzazione, spostando fondi e responsabilità sul territorio, consente di migliorare la qualità assistenziale, ma non necessariamente anche il controllo della spesa, per ottenere il quale diventa necessario un più stretto coordinamento delle cure rispetto al bisogno [Hofmarcher, Oxley, Rusticelli 2007].

1. *La sfida della misurazione nella sanità territoriale: «solo ciò che è misurabile è amministrabile»*

Nella maggior parte dei sistemi sanitari occidentali, la qualità assistenziale è spesso declamata, non sempre riconosciuta o incentivata rispetto ad altre finalità come l'accesso alle prestazioni, l'equità assistenziale, l'universalità delle cure. Recentemente l'introduzione in alcuni Paesi (ad esempio la Gran Bretagna) di sistemi di remunerazione orientati a risultati di salute, ha consentito alcune ottimizzazioni – come la maggiore appropriatezza nei consumi sanitari. La possi-





bilità di programmare e responsabilizzare i professionisti, spostando il focus da fattori di input o strutturali – ad esempio risorse, strutture sanitarie, ecc. –, ad elementi di processo ed esito assistenziale – riduzione di ospedalizzazioni, migliore mortalità evitabile, soddisfazione dei pazienti, ecc. –, appare infatti una tendenza crescente sia in Europa che in Nord America, a condizione di poter ricorrere a sistemi di indicatori oggettivi e condivisi: a questo proposito occorre sottolineare come la raccolta di informazioni strutturate sullo stato reale delle malattie, nonché l'utilizzo di indicatori di performance, rappresenta l'unica vera sfida, non ancora del tutto vinta in nessun sistema sanitario, sebbene molti progressi siano stati compiuti [Berg *et al.* 2006].

La promessa di un sistema in grado di fornire cure tempestive, eque, sicure, efficaci, orientate ai bisogni, accessibili e sostenibili, necessita dunque di sistemi di valutazione della performance, e comporta la misurazione di tutte le componenti assistenziali, comprese le cure primarie (siano esse ambulatoriali, domiciliari o residenziali), perché solo ciò che «si misura può essere effettivamente amministrato», creando quindi le premesse per poter valutare non unicamente in base alla spesa, ma anche in funzione del mantenimento o guadagno di salute. Un sistema orientato al risultato finale non potrà magari contrastare completamente l'aumento dei costi – dovuto alla cronicità, all'evoluzione tecnologica, ecc. –, ma almeno potrebbe favorire un più corretto impiego delle risorse, evitando che «il mezzo sia confuso con il fine», che i finanziamenti si limitino a mantenere in funzione l'offerta di prestazioni esistente, e non già anche a migliorare la qualità dell'aspettativa di vita media in più rispetto al passato [Lowenstein 2005].

La letteratura internazionale è poi ridondante nel dimostrare incoerenze nell'erogazione di cure primarie efficaci, tempestive, orientate al paziente, con notevole variabilità sia nella qualità e durata delle relazioni medico-paziente, sia nelle modalità di accesso e nella responsabilità professionale. In particolare, i paesi più ricchi e con una visione consumistica della sanità, come ad esempio gli USA, mostrano spesso l'esperienza più problematica per i pazienti – in termini di





possibili discriminazioni sociali, impatto sulla salute individuale, autoreferenzialità degli erogatori di cure [Campbell 2007]. Recenti indagini concludono che proprio i differenziali di assistenza ed i contrasti tra diversi paesi testimoniano un potenziale di miglioramento nelle cure primarie ancora non sfruttato, nonché l'opportunità di incrementarne la performance attraverso confronti comparativi internazionali [Schoen *et al.* 2004]. Un'altra analisi dei sistemi di cure primarie in 33 Paesi evidenzia come la medicina di famiglia, globalmente, non possa sfuggire alle tendenze trasformative, soprattutto nei sistemi sanitari decentrati, in cui la richiesta di assunzione di responsabilità gestionali e di educazione sanitaria è maggiore [Meads 2006].

Infine, è opportuno cogliere anche alcuni segnali provenienti dal mondo professionale italiano, circa la necessità di un nuovo patto sociale tra medici e cittadini, con professionisti responsabilizzati sull'offrire le migliori opportunità di cura, evitando sprechi ed utilizzando al meglio le risorse disponibili (dagli atti del Congresso Simg 2007). In sostanza il tema della valutazione della performance non sembra più essere un tabù; esso presuppone l'*accountability* professionale [Bindman *et al.* 2001], ovvero il «rendere conto del proprio lavoro» – nei confronti del paziente, del sistema sanitario –, e quindi un sistema di misurazione in grado di valutare diversi aspetti dell'attività medica e dei risultati prodotti. Ovviamente la scelta degli indicatori su cui fondare la valutazione rappresenta un aspetto cruciale, in quanto monitorare l'attività di professionisti convenzionati rispetto ad un'unità operativa aziendale con personale dipendente, presenta diverse peculiarità, dovendo soppesare sia aspetti di produzione – come le prestazioni dirette – che di governo della domanda – ad esempio il *counseling* sugli stili di vita –, e quindi logiche di efficienza, efficacia, qualità e soddisfazione, sia a livello di singoli professionisti che di forme organizzative – siano esse le Utap, Case della Salute, futuri-bili Unità di medicina generale, o ancora i Distretti sanitari. L'applicazione di simili sistemi comporta delle implicazioni: come in tutte le professioni, valutare la qualità significa far emergere i diversi gradi di professionalità, rappresentando





quindi un prezioso presupposto per incentivare il merito ed il miglioramento professionale anche tramite remunerazioni per obiettivi, a condizione che il sistema sanitario definisca il livello di qualità atteso e commisuri le risorse disponibili. In quest'ottica il sistema di valutazione della performance delle Aziende sanitarie toscane, sviluppato per conto della Regione Toscana dal Laboratorio Mes della Scuola Superiore S. Anna di Pisa, prevede già un ulteriore sviluppo delle misurazioni dalle Aziende sanitarie ai servizi delle Zone-Distretto e, successivamente, alle cure primarie, anche tramite il supporto del progetto di ricerca del Mes intitolato *Sanità d'iniziativa: sviluppo organizzativo e valutazione delle cure primarie e dei servizi distrettuali*.

2. *Principali riferimenti per un sistema di valutazione dell'assistenza territoriale*

A partire dalla Conferenza dell'OMS di Alma Ata del 1978, il mondo professionale ed i sistemi sanitari si sono spesso interrogati circa la definizione più corretta e condivisibile di cure primarie, con continue revisioni ed approfondimenti – Wonca, OMS, ecc. –, da cui ancora oggi una certa ambiguità, che si riflette nella regolamentazione di diversi paesi – Italia compresa, con riferimento non solo alla medicina convenzionata, ma in qualche misura anche alla missione e natura dei Distretti sanitari. In questa sede, rispetto al tema della valutazione (e quindi dell'oggetto da valutare), non si intende «scoperchiare il vaso di pandora», ma si preferisce aggirare la questione con una metafora [Mullan 1998]: così come l'enigmatico sorriso del celebre quadro *Monna Lisa* di Leonardo Da Vinci esprime sensazioni diverse a chi l'osserva – bellezza eterea, attrazione erotica o sorriso ebete? –, anche le cure primarie possono avere un significato diverso *a seconda del punto di vista*, non essendo collegabili in modo univoco ad un organo da curare, un solo ambito assistenziale o un unico meccanismo amministrativo. Piuttosto è un concetto sanitario che descrive un insieme di bisogni, un ambito di riferimento – all'occorrenza anche ospedaliero –, alcune tipologie di professionisti, una filosofia





di cure – chiamata anche approccio olistico al paziente. La verità, inoltre, è che il concetto non è statico, ma per sua natura dinamico, così come la definizione di salute è andata evolvendosi nel tempo – per l’OMS, ad esempio, da stato di assenza di malattia, a stato di benessere psico-fisico. In definitiva quindi, la «questione ontologica» può essere rilevante, ma fino ad un certo punto, nella misura in cui si conviene invece che le cure primarie siano comunque utili, non solo in termini di primo punto di accesso e di *gatekeeping*, ma anche quale contesto di gestione di servizi (una battuta inglese afferma infatti: «*primary care, we don't know exactly what it is, or why we need it, but it works!*»¹).

In letteratura esistono contributi autorevoli che ritengono, infatti, che le cure primarie siano un fondamento dei sistemi sanitari, con particolari funzioni che in qualche misura definiscono anche un *framework* di misurazione [Starfield 1998]: primo punto di contatto per i pazienti, servizio orientato alla persona (e non alla malattia) accessibile nel tempo, cure per i problemi di salute sia comuni che specifici, parte di un sistema che integra o coordina l’assistenza fornita da altri soggetti. Su questa linea è possibile considerare ulteriori approcci.

2.1. *L'approccio del community-oriented primary care*

Altri autori [De Maeseneer *et al.* 2007], che hanno condotto uno studio per l’OMS, ritengono che gli attributi delle cure primarie siano: primo contatto (accessibilità), longitudinalità (prevenzione e cure individuali nel tempo), esaustività e coordinamento del paziente (verso altri livelli di cure). Al tempo stesso si riconosce come le cure primarie non riguardino solo il bisogno individuale, ma anche aspetti di sanità pubblica locale (e quindi di *community-oriented primary care - COPC*) – dalla prevenzione primaria collettiva ai determinanti della salute –, quale condizione per poter garantire un’assistenza equa. Le cure primarie orientate alla salute pubblica sono quindi contraddi-

¹ *Cure primarie, non sappiamo esattamente cosa siano o perché ne abbiamo bisogno, sappiamo solo che funzionano!*





stinte da: una sistematica valutazione dei bisogni sanitari della popolazione, l'identificazione di priorità assistenziali, una serie di interventi mirati a specifici gruppi di pazienti (ad esempio il cambiamento degli stili di vita), un monitoraggio dell'impatto in termini di risultati e salute della popolazione.

2.2. *L'approccio del Chronic Care Model*

Un ulteriore riferimento, a cui si rifà anche il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 della Regione Toscana, consiste nel *Chronic Care Model* (CCM) elaborato da Wagner [1998], sulla base del principio che la qualità dell'assistenza ai pazienti cronici dipenda da sei elementi interdipendenti:

- collegamento tra assistenza sanitaria e risorse della comunità (es. volontariato, centri per anziani, ecc.);
- priorità della cronicità nel finanziamento e nell'assistenza sanitaria;
- supporto all'auto-cura del paziente (es. dieta, esercizio fisico, monitoraggio parametri vitali, uso dei farmaci);
- lavoro in team nelle cure primarie (con una divisione dei ruoli tra assistenza medica ai pazienti acuti e gestione programmata dei pazienti cronici da parte di altre figure, come gli infermieri);
- supporti sistematici alle decisioni (con linee-guida basate sull'evidenza ed aggiornamenti per tutti i componenti del team);
- sistemi informativi (per attenersi a linee guida, per monitorare la performance nella gestione delle malattie croniche attraverso appositi indicatori di processo, per disporre di registri di patologia con cui pianificare la cura individuale dei pazienti ed amministrare l'assistenza in un'ottica di sanità pubblica).

Come sottolineano Maciocco e Roti [2006], in sostanza il modello consente di modulare l'assistenza in funzione del profilo di rischio, integrando tutte le prestazioni possibili – dalla prevenzione all'autocura – al fine di evitare che le





malattie derivino in modo incontrollato verso complicanze ad alto impatto sul paziente e sul sistema sanitario.

2.3. *L'approccio del results based logic model for primary care*

Un altro quadro di riferimento sistematico per lo sviluppo di un sistema di valutazione dell'assistenza territoriale deriva dall'esperienza canadese; a partire dagli anni Novanta, crescenti aspettative di risposta alle condizioni croniche hanno innescato un processo di continue riforme delle cure primarie, ma con gli anni Duemila viene pubblicamente riconosciuta l'incapacità del sistema sanitario di misurarne la performance in termini di attività ed efficacia [Broemeling *et al.* 2006], da cui il tentativo di colmare la lacuna individuando dei fondamentali logici su cui sviluppare un nuovo sistema di valutazione. Malgrado l'impossibilità di rinvenire alcune informazioni sulla popolazione e sui professionisti, se non a fronte di consistenti investimenti informatici, l'approccio canadese è comunque riuscito a selezionare delle dimensioni misurabili; in quest'ottica, attingendo ad una metodologia di valutazione dell'*accountability*² manageriale nel settore pubblico, è stato condiviso un quadro di riferimento per la comprensione, misurazione e valutazione delle cure primarie (fig. 1), al fine di migliorarne la qualità assistenziale e la trasparenza.

Il modello logico sottostante, chiamato *Results based logic model for primary care*³, consente di evidenziare la catena

² Dove per *accountability* sul risultato o l'outcome, si intende la capacità di valutare se si è stati in grado di fare tutto il possibile rispetto al proprio ruolo ed alle risorse disponibili, ma anche se si è appreso da esperienze passate. L'*accountability* serve quindi a dimostrare che si è stati in grado di fare la differenza, che attraverso azioni e sforzi si è contribuito al risultato raggiunto [Auditor General of Canada 1999].

³ In particolare, secondo gli autori, il modello consente di identificare le relazioni logiche e di causa-effetto tra le scelte di una politica sanitaria ed i risultati. Il modello fornisce pertanto una *roadmap* per correlare politiche sanitarie, attività e risultati, di modo da poter anche identificare e misurare gli *step* che consentono di monitorare il progresso nella direzione ricercata [Treasury Board of Canada 2001].



logica tra input, attività, output ed outcome attesi dalle cure primarie, tenendo conto sia del contesto di erogazione dei servizi – dalla geografia, agli aspetti socio-economici, al grado di solidarietà sociale, alla disponibilità di cure informali –, sia degli aspetti di performance effettivamente misurabili.

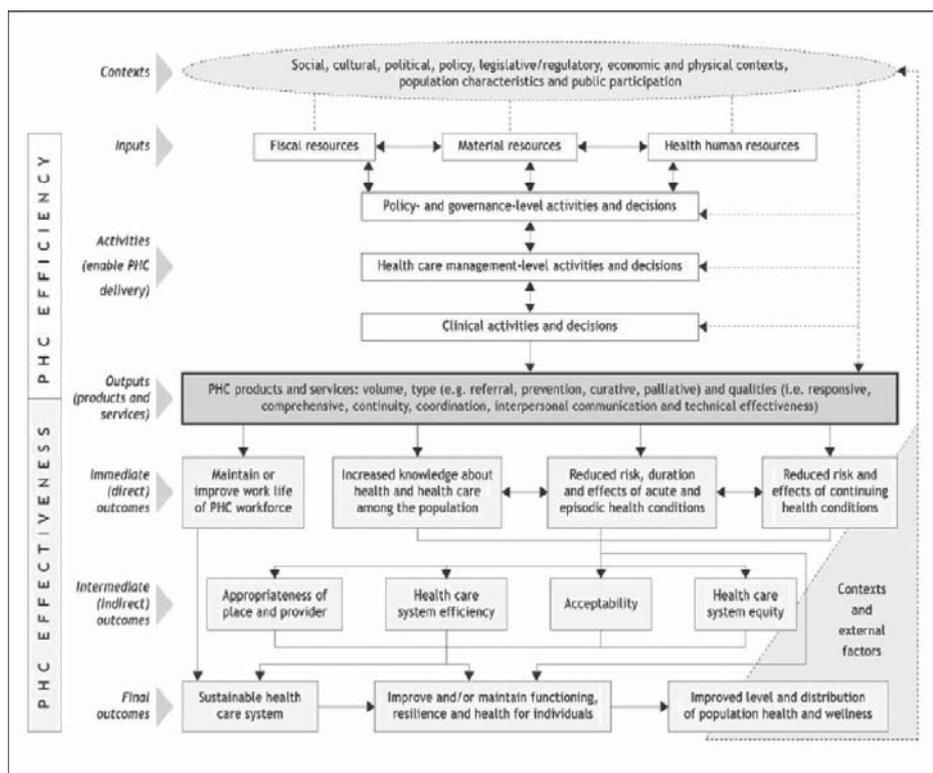


FIG. 1. Quadro di riferimento logico per cure primarie (PHC – primary health care) orientate ai risultati
Fonte: Treasury Board of Canada [2000]

2.4. L'approccio del Quality and outcome framework

Da ultimo, anche il caso inglese presenta un quadro di riferimento per la valutazione delle cure primarie, il *Quality and outcome framework* – abbreviato in Qof e messo a punto dalla British Medical Association –, a cui risulta collegato il



nuovo sistema retributivo dei *General Practitioners* (medici di medicina generale), noto come *payment-for-performance* (P4P) o *payment-by-result* (PbR). Mentre in precedenza i *framework* per la valutazione dei *Primary Care Groups and Trusts* [Smith *et al.* 2000] – ovvero i modelli organizzativi di riferimento – si focalizzavano su variabili come struttura (dimensioni, assetti organizzativi, strumenti gestionali ed informativi), processo (funzioni assistenziali, relazioni interne ed esterne) ed outcome (gestione del budget, attività prescrittiva, tempi di attesa, risultati rispetto ad obiettivi programmati), il nuovo «QoF»⁴ si basa su un sistema di punteggi accumulabili dai medici, direttamente collegato ad incentivi monetari, funzionali al raggiungimento di obiettivi di processo ed esito su tre aspetti [Roland 2004]:

1. cure per condizioni croniche – diabete, ipertensione, ictus ed ischemie, salute mentale, tumori, ipotiroidismo, epilessia, BPCO, asma, ecc. –, per un totale di 80 indicatori applicati a 10 aree cliniche (fig. 2);

⁴ Il Quality and outcomes Framework (QoF) deriva da evidenze qualitative e correlati incentivi finanziari integrati nel nuovo contratto General Medical Services (GMS), introdotto per i medici di famiglia nel 2004. Il sistema è stato messo a punto attraverso una negoziazione di 18 mesi tra la British Medical Association ed il NHS, con il supporto di un gruppo di consulenti accademici, e nei primi due anni ha comportato una spesa incrementale di 2,5 miliardi di sterline. Tra il 2004 e il 2006, il QoF è consistito in 146 indicatori per un totale di 1.050 punti, ripartiti in 550 punti per 10 aree cliniche, 184 punti per 5 aree organizzative, 100 punti per quattro aree di esperienza del paziente e 36 punti per altre quattro aree di servizi addizionali. Ulteriori 100 punti sono disponibili per cure olistiche e 30 per la qualità ambulatoriale. Il processo di accumulo dei punti avviene attraverso una formula che considera la dimensione della forma organizzativa in cui lavorano i medici territoriali ed il grado di prevalenza locale delle condizioni contemplate dal framework. I medici possono accumulare fino ad un massimo di 1.000 punti, cui se ne aggiungono altri 50 in caso di elevata accessibilità ai servizi.



Condition	No. of Indicators*	Maximal No. of Points†
Coronary heart disease	15	121
Stroke, transient ischemic attack	10	31
Hypertension	5	105
Hypothyroidism	2	8
Diabetes	18	99
Mental disorder	5	41
Chronic obstructive pulmonary disease	8	45
Asthma	7	72
Epilepsy	4	16
Cancer	2	12
Total		550

* Each indicator measures the quality of a specific aspect of clinical care (e.g., regularity of blood-pressure monitoring in the case of hypertension).

† Points are earned through a complex formula that takes into account both the size of the practice and the prevalence of the conditions at each practice.

Indicator	No. of Points (% of Patients)
Control of hypertension	
Blood pressure has been recorded during the previous 15 months	1 (25) to 7 (90)
Most recent blood pressure reading (measured within the previous 15 months) was 150/90 mm Hg or lower	1 (25) to 19 (70)
Management of hypercholesterolemia	
Total cholesterol has been recorded during the previous 15 months	1 (25) to 7 (90)
Total cholesterol (measured within the previous 15 months) is 5 mmol per liter (194 mg per deciliter) or lower	1 (25) to 16 (60)

FIG. 2. Indicatori, punteggi per aree cliniche (Table 1), ed esempio di dettaglio (Table 2)

Fonte: adattato da Roland [2004]

2. organizzazione ambulatoriale – con indicatori per cinque domini: cartelle cliniche ed informazioni sui pazienti, informazioni per i pazienti, for-



Category (total, 184 points)	No. of Points
Records and information about patients (maximum, 85 points) Example: The smoking status is recorded for at least 75% of patients between the ages of 15 and 75 years.	5
Communicating with patients (maximum, 8 points) Example: Patients are able to talk to a receptionist by telephone and face to face at the practice during a period of at least 45 hours from Monday through Friday.	1.5
Education and training (maximum, 29 points) Example: The practice has undertaken a minimum of 12 reviews of clinically significant events in the previous three years, including, if appropriate: any death on the practice premises, two new diagnoses of cancer, two deaths for which care of terminal disease has taken place at home, one suicide, one complaint by a patient, and compulsory hospitalization of one patient under the Mental Health Act.	4
Management of medications (maximum, 42 points) Example: A review of medications has been recorded during the preceding 15 months for at least 80% of patients who receive regular prescriptions but do not need to see the physician each time (excluding drugs available over the counter and topical medication).	8
Management of the practice (maximum, 20 points) Example: There are clearly defined arrangements for backing up computer data, for verification of backup, for safe storage of backup tapes, and for authorization to load computer programs.	1.5

FIG. 3. Indicatori organizzativi e relativi punteggi (Table 3)
Fonte: adattato da Roland [2004]

3. esperienza del paziente, intesa sia come valutazione della qualità del servizio e dell'ambulatorio (70 punti), sia come durata delle visite (30 punti).

A queste tre aree si aggiungono poi alcuni servizi addizionali: prevenzione del tumore del collo dell'utero, sorveglianza della salute infantile, servizi per la maternità, servizi contraccettivi.

Malgrado che tra il 2004-2005 gli obiettivi ed i relativi incentivi monetari (pari a circa un 20% addizionale sul totale della remunerazione) siano stati raggiunti dall'83,4% dei medici (con un punteggio medio di 900), determinando di fatto un disavanzo rispetto al finanziamento previsto, l'esperienza inglese testimonia ancora una volta l'elevata reattività dei medici territoriali agli incentivi monetari, in coerenza con una letteratura ormai consolidata e recente, nonché risultati qualitativi già apprezzabili anche nel breve periodo.





Sebbene dal punto di vista della sostenibilità economica, un risultato simile possa anche essere letto come imperfetto o insufficiente, occorre tuttavia non sminuirne la portata nella misura in cui il prossimo contratto consentirà di spostare i comportamenti professionali verso obiettivi più rilevanti – dando per acquisito il metodo della remunerazione per risultato, ovvero il cambiamento rispetto al passato. Infatti il QoF è stato un sistema per adesione volontaria e, suo malgrado, il 99% delle forme organizzative mediche inglesi vi ha aderito, probabilmente attratte dalla convenienza economica a breve termine, ma non necessariamente consapevoli di essere entrate in un sistema di progressiva competizione tra pari sulla base della qualità assistenziale e dei risultati di salute.

3. *Possibili approcci allo sviluppo di un sistema di valutazione dell'assistenza territoriale*

Per valutare la performance delle cure primarie occorre disporre di sistemi di rilevazione diffusi, attendibili ed integrabili – cioè in grado di ovviare alle tipiche frammentazioni di un sistema sanitario, tra ospedale e territorio, tra terzo pagante ed erogatore di cure, tra sanitario e socio-sanitario, ecc. Vista la natura destrutturata e continuativa dell'assistenza territoriale, la creazione di sistemi di misurazione e valutazione della performance in altri paesi rappresenta un utile terreno di confronto sui possibili approcci. Non a caso alcune best practice assistenziali internazionali ricorrono a sistemi informativi evoluti – ad esempio il *Kaiser Permanente Health Connect program*, con programmi di *disease management* integrati, cartelle cliniche modulari, linee guida e prontuari farmaceutici condivisi tra ospedale e territorio, consegna di riassunti delle visite ai pazienti –, piuttosto che all'adozione di particolari tipologie di indicatori di performance – ad esempio le *Ambulatory Case Sensitive Conditions (ACSC)*, elaborate in USA dal Johns Hopkins, ed applicate anche in altri Paesi come metodo di rilevazione della capacità preventiva delle cure primarie di evitare ospedalizzazioni inappropriate (vedi fig. 4).





Type of intervention	Infectious diseases	Non infectious diseases
1 Primary prevention	Infectious diseases susceptible to prevention through immunization	Hypertensive heart disease
2 Early diagnosis and treatment	Rheumatic fever Congenital syphilis Other tuberculosis Peritonsillar abscess Pneumonia Appendicitis with complications Acute pyelonephritis Pelvic inflammatory disease	Diabetes mellitus Disorders of hydro-electrolyte metabolism Hypertensive heart disease Heart failure Bleeding or perforating ulcer
3 Good ongoing, control and management		Diabetes mellitus Hypertensive heart disease Heart failure Bleeding or perforating ulcer

FIG. 4. Lista di ACSC con ospedalizzazione ritenuta evitabile nell'ambito delle cure primarie
Fonte: Caminal *et al.* [2004]

A proposito delle *Ambulatory care sensitive conditions*, in base alla letteratura [Brown *et al.* 2001; Valenzuela *et al.* 2007], è possibile individuare alcune aree cliniche ricorrenti in diversi studi ed approcci, potenzialmente interessanti per lo sviluppo di indicatori di performance anche nel contesto italiano – ricavando, ad esempio, dai dati delle SDO⁵, indicazioni indirette sulla capacità delle cure primarie di gestire alcune problematiche al di fuori dell'ospedale, mediante prevenzione e servizi meno costosi ed al contempo più efficaci. Le aree di riferimento comuni risultano essere:

1. malattie infettive: infezioni prevenibili con vaccinazioni (in età pediatrica, ma anche antinfluenzale), infezioni del tratto orecchio-naso-gola, infezioni del tratto urinario, polmoniti;
2. malattie acute non infettive: ulcera gastrica, malattia infiammatoria pelvica;
3. malattie croniche: scompenso cardiaco, ipertensione, epilessia, asma, BPCO, diabete.

⁵ SDO sta per «Schede di Dimissione Ospedaliera».



3.1. Componenti di un sistema di valutazione dell'assistenza territoriale

Prima di focalizzare l'attenzione su particolari famiglie di indicatori, è opportuno contemplare le principali componenti di un sistema di valutazione dell'assistenza territoriale, sintetizzabili in:

- oggetto della valutazione (es. attività medicina convenzionata: prevenzione primaria e secondaria, gestione patologie croniche, attività ambulatoriale e domiciliare, assistenza socio-sanitaria, altro);
- finalità della valutazione (es. equità, efficienza, efficacia, applicazione *chronic care model*, *governance* professionisti territoriali, *auditing* qualità assistenziale, soddisfazione pazienti, miglioramento stato di salute);
- livelli di analisi del sistema di valutazione (es. dal singolo professionista alle forme organizzative, al distretto, o zone-distretto della Toscana);
- tipologia di indicatori di performance (es. input, struttura, processo, output, esito intermedio e finale correlati alla medicina convenzionata, ma anche consumi sanitari dei pazienti – per poter monitorare idealmente «chi ha consumato quali prestazione, dove e perché»);
- fonti informative (es. flussi correnti aziendali, flussi amministrativi correnti a livello regionale, flussi alimentati dalla medicina convenzionata, rilevazioni ad-hoc, ecc.);

Ogni sistema di valutazione dell'assistenza territoriale deve poi essere in grado di riconoscere eventuali limiti conoscitivi o di rilevazione sistemica, integrando elementi oggettivi e ricorrenti, con altri strumenti relazionali oppure ad-hoc – ad esempio, indagini conoscitive a campione sulla soddisfazione degli utenti, anche sulla medicina di base, come quelle effettuate per conto della Regione Toscana dalla Scuola Superiore S. Anna di Pisa mediante tecniche di *Computer Assisted Telephone Interviewing*. Fondamentale e non semplice è infatti riuscire a correlare bisogni, attese e performance, nell'ambito dei vincoli di sistema e delle risorse disponibili.

Come strutturare dunque un sistema di valutazione dell'assistenza primaria? Un primo riferimento può essere attinto dallo studio europeo *European practice assessment: quality management in primary care*, finalizzato a sviluppare un sistema di gestione della qualità nelle cure primarie in sei Paesi, che ha consentito di identificare alcune dimensioni utili ai fini di una valutazione delle cure primarie – ovvero infrastrutture, personale, informazioni, gestione economica, qualità e sicurezza –, intese come condizioni di supporto per l'erogazione di servizi ai pazienti. L'iniziativa evidenzia infatti come anche gli aspetti di struttura e processo siano monitorabili in termini di qualità (fig. 5), mettendo le persone in condizione di ricevere una buona assistenza, aiutando a limitare errori, distrazioni, duplicazioni, nella relazione medico-paziente e soprattutto, consentendo «confronti» da parte degli assistiti sul livello del servizio ricevuto [Engels *et al.*]. Ciò comporta riconoscere che gli indicatori clinici rappresentano una condizione necessaria ma non sufficiente per la performance delle cure primarie, e che quindi i sistemi di valutazione devono poter integrare anche altre dimensioni assistenziali – non a caso circa il 20% degli indicatori del QoF inglese, già commentato in precedenza, attengono ad aspetti organizzativi.

1. INFRASTRUCTURE

a. Premises

1. *If the practice is on another floor than the ground level, is there a lift?*
2. *The practice has a toilet for patients*
3. *There is sufficient seating in the waiting room*
4. *There is space for prams, buggies etc*
5. *The practice looks clean*
6. *Patients find the practice well maintained*

b. Medical equipment, including drugs

7. *The essential basic equipment is available*
8. *The essential emergency and resuscitation equipment is available*
9. *The practice has an up-to-date inventory list detailing which emergency drugs must always be available on site*



10. *The essential emergency drugs are available*
11. *The practice has an up-to-date inventory list* detailing what should be in the doctor's bags at all times*
12. *The content of the doctor's bag is complete*
13. *The content of the doctor's bag is not over expiry dates*
14. *The practice has a refrigerator for medicines that need cooling*
15. *The practice keeps all drugs safely*
16. *Hand wash facilities are present in every consulting room*

c. Non medical equipment

17. *The practice has at least one computer for staff*
18. *The practice has an internet connection*
19. *All computers are protected against inappropriate access (password, firewall, virus scanner)*
20. *The practice has a telephone system with sufficient inward and outward capacity*

d. Accessibility and availability

21. *Patients of the practice have the opinion that they can contact the practice easily by telephone*
22. *Clinical staff provide home visits for patients who are physically not able to travel to the practice*
23. *Patients of the practice have the possibility to contact a GP by telephone*
24. *The practice has an appointment system*
25. *Patients contacting the practice out of hours have clear and rapid access to out of hours service*
26. *Reception staff have been trained to recognise and respond appropriately to urgent medical matters*
27. *A sign is displayed outside the practice, detailing the practice's opening hours and how to access after hours care*

2. STAFF

a. Personnel

28. *All (non-GP) practice staff have signed contracts*
29. *All staff involved in clinical care have appropriate qualifications*

b. Team

30. *Responsibilities within the team are clearly defined*
31. *Responsibilities within the team are understood by team members*
32. *All staff are invited to participate in team meetings*

c. Education and training

d. Working conditions

33. *Staff experience a pleasant working atmosphere*
34. *The practice has a policy which enables staff to offer suggestions for improving practice management*



3. INFORMATION

a. Clinical data/CRM/recall

- 35. *The practice has a computerised medical record system*
- 36. *Each patient medical record contains:*
 - 1.3 *telephone number,*
 - 1.6 *occupation*
 - 3. *family history*
- 37. *For every encounter the following are recorded:*
 - 1. *Reason why the patient presented*
 - 2. *A defined problem/diagnosis*
 - 3. *Data supporting the defined problem/diagnosis*
 - 4. *A treatment plan*
 - 5. *If medication is prescribed, the length, the dose and the administration of the treatment*
 - 6. *A note on what the patient was told*
- 38. *The medical record contains laboratory and investigation results*
- 39. *All patients receiving regular/repeat medications are reviewed at least annually by the GP*
- 40. *The computer is used for:*
 - 3. *Patient medical registration*
 - 5. *Referral letters*

b. Confidentiality and privacy

- 41. *Medical records, and other files containing patient information, are not stored or left visible in areas where members of the public have unrestricted access*
- 42. *The conversation at the reception desk cannot be overheard*
- 43. *The conversation in the consultation room cannot be heard*

c. System for communication/sharing information with colleagues and other health care providers

- 44. *The practice receives information about contacts with patients by out of hours GPs within 24 hours*
- 45. *The practice has an up-to-date directory of local health providers*
- 46. *Copies of referral letters are kept in the patient's record*
- 47. *Referral letters contain:*
 - 1. *Background information and history*
 - 2. *Problem*
 - 3. *Key examination findings*
 - 4. *Current treatment*
 - 5. *Reason for referral*

d. System to process information

- 48. *The practice has procedures that ensure incoming clinical information is seen by the patient's GP before filing in the patient's medical record*

49. *The practice has procedures that ensure incoming information (letters, test results) is filed in the appropriate patient's medical record*

e. Information for/from the patient about the practice, practice policy and local environment

50. *The practice information sheet contains:*

1. *Names of the GPs working in the practice*
2. *Practice address and phone numbers*
3. *Consulting hours*

Scientific information for staff

Information for patients about clinical care issues

4. FINANCE

a. Financial planning

b. Monitoring of the financial plan

c. Financial leadership and responsibilities

51. *The responsibility for financial management in the practice is clearly defined*

52. *Every GP is insured to cover liability*

53. *Every member of the clinical staff is insured to cover liability*

d. *Annual report*

54. *The practice produces an annual financial report, which includes all income and expenditure*

5. QUALITY AND SAFETY

a. Quality policy

55. *All staff are involved in quality improvement*

b. Detection of quality and safety problems

c. Safety of the staff and patients

56. *Smoking is not allowed in the practice*

The practice has:

57. *A steriliser or an autoclave*

58. *A container for used equipment, for disposal of sharps*

59. *A leak proof container for infectious or hazardous waste*

61. *Protective equipment when dealing with blood/fluids*

62. *Fire extinguishers,*

FIG. 5. Indicatori per la valutazione della qualità strutturale delle cure primarie [Engeles *et al.* 2005]

Questi semplici riferimenti sottolineano come lo sviluppo di un sistema di valutazione dell'assistenza territoriale sia



da collegare al tema della qualità assistenziale, intesa da più punti di vista – del paziente, del sistema sanitario, del professionista, del decisore politico locale –, e comunque rilevante ai fini della selezione di indicatori e criteri di ponderazione.

3.2. *Indicatori di performance per la valutazione dell'assistenza territoriale*

In letteratura e nella prassi è possibile rinvenire diverse tipologie di indicatori, e il termine indicatore di performance non è sempre sovrapponibile al concetto di indicatore di qualità. In generale l'uso corretto di indicatori di performance richiede:

- *la definizione dell'oggetto di misurazione*, ovvero il fenomeno o concetto che si intende indagare; ad esempio, definire la qualità nelle cure primarie non è semplice, pertanto spesso se ne misurano diversi attributi come accessibilità, efficacia, efficienza, accettabilità ed equità, oppure si ricorre al classico paradigma di Donabedian [1980], che identifica struttura (ad esempio personale, strumenti, risorse), processo (diagnosi, prescrizione) e outcome (stato di salute, soddisfazione), o la sua versione semplificata in accesso ed efficacia. Tra le diverse dimensioni della qualità esiste anche spesso un *trade-off*, così come tra qualità per l'individuo e per la comunità, in ragione del quale occorre fare una scelta su «cosa effettivamente misurare»;
- *l'esplicitazione del punto di vista della misurazione* – i diversi portatori di interesse esprimono in genere punti di vista eterogenei, così ad esempio amministratori possono essere interessati ad aspetti di efficienza e di outcome, mentre i pazienti apprezzano la comunicazione con i medici, da cui la necessità di precisare la prospettiva di analisi;
- *lo sviluppo tecnico dell'indicatore* – ad esempio il trasferimento di indicatori da un paese ad un altro è attra-





ente, ma risente spesso di limiti nei sistemi informativi, aspetti culturali e modalità di erogazione dei servizi; senza investimenti in moderne tecnologie la valutazione della qualità è poi quasi sempre costosa, dovendo commisurare aspetti clinici, relazionali, organizzativi, interistituzionali.

Passando dalla teoria alla pratica in quasi tutti i Paesi avanzati, i dati clinici raccolti per valutare la qualità assistenziale risultano spesso incompleti e di rilevanza marginale, mentre rappresentano elementi cruciali la condivisione degli indicatori e dei sistemi di reporting, la responsabilità nella raccolta, elaborazione e distribuzione di dati statisticamente significativi; le informazioni con cui valutare le cure primarie dovrebbero infatti essere clinicamente rilevanti, accurate, tempestive, affidabili, ponderate per diversità cliniche, culturali e socio-economiche [www.massmed.org].

Per sviluppare e valutare le cure primarie, occorre quindi considerare simultaneamente aspetti quali la qualità assistenziale, l'esperienza dei pazienti nelle cure, l'appropriatezza e il rapporto tra costi ed efficacia. Di conseguenza occorre che le misurazioni siano convalidate, standardizzate rispetto ad aspetti statistici o di rischio, includano le prescrizioni sia dei medici generalisti che degli specialisti (o in alternativa i consumi complessivi dei pazienti), siano condivise e verificate con i professionisti prima di diventare di dominio pubblico, commentate nei confronti di interlocutori esterni, consentano incentivazioni trasparenti sia riconoscendo le migliori performance che garantendo opportunità di miglioramento continuo – ad esempio, nei confronti dei medici che non utilizzano ancora cartelle cliniche informatizzate. In quest'ottica è quindi possibile contemplare anche particolari linee guida per lo sviluppo di indicatori (fig. 6).

In definitiva, pensando alla realtà italiana, i sistemi di valutazione dell'assistenza territoriale devono essere, per forza di cose, multidimensionali, dovendo sostenere sia lo sviluppo organizzativo – come l'aggregazione dei professionisti territoriali –, sia nuovi processi assistenziali – come la gestione integrata con la specialistica delle patologie





Qualità assistenziale	Relazione Medico-Paziente	Reporting performance medica	Incentivazione per risultato
<ul style="list-style-type: none"> Molte misure qualitative sono spesso superficiali e insufficienti; per migliorarne la qualità intrinseca occorre investire nell'uso di cartelle cliniche e contemplare tra i costi il tempo dedicato dai professionisti o personale di supporto per l'uso corretto delle codifiche. 	<ul style="list-style-type: none"> Le misurazioni devono supportare lo sviluppo della relazione, bilanciando sia gli aspetti di equità ed orientamento verso le categorie di pazienti più svantaggiate, sia una ponderazione dei rischi di mancata compliance alle indicazioni mediche per comportamenti non collaborativi. 	<ul style="list-style-type: none"> I cittadini hanno diritto di conoscere la performance assistenziale dei propri medici di fiducia, a condizione di divulgare solo informazioni relative ad attività di cui i medici territoriali sono effettivamente responsabili (e preventivamente condivise con i professionisti interessati), presentando possibilmente performance ordinate per livelli di qualità, ponderando le eventuali diversità socio-demografiche o socio-economiche tra i pazienti. 	<ul style="list-style-type: none"> I sistemi di incentivazione devono poter sostenere il miglioramento assistenziale, essere trasparenti e premianti, in grado di influenzare il comportamento professionale e di produrre un beneficio per i pazienti, possibilmente alimentati da risorse incrementali e non da una redistribuzione corrente (a meno che non esistano margini di inefficienza dimostrabili).

FIG. 6. Linee guida per misurazioni, diffusione ed incentivazione della performance nelle cure primarie
 Fonte: – [sostituisci con www.ama-assn.org]

croniche –, sia un orientamento al risultato delle cure – ad esempio la qualità e la soddisfazione assistenziale, la qualità di vita, la minore morbilità e mortalità, ecc. Inoltre, mentre la valutazione dell'assistenza ospedaliera può concentrarsi in prima istanza su volumi, mix, qualità e tempi di attesa delle prestazioni, l'assistenza territoriale per sua natura deve essere analizzata sia in termini di produzione che di consumo indotto. Al riguardo diversi aspetti risultano nevralgici, ad esempio:

- tipologia delle informazioni (prescritto e/o consumato) e modalità di raccolta – dalle cartelle cliniche territoriali o dai flussi aziendali –;
- criteri di valutazione della performance di singoli o





- gruppi di professionisti (rispetto ad una media, alla mediana, oppure ad un gold standard, ecc.);
- criteri di rappresentazione o pesatura dei fenomeni (quadro epidemiologico, diagnosi, patologia, paziente, prestazione, ecc.) piuttosto che riferimenti temporali, frequenza di rilevazione, stratificazione degli indicatori, ovvero questioni che in apparenza possono sembrare solo «tecnicismi», ma che in realtà risultano decisivi nel rendere disponibili informazioni di qualità, valore aggiunto, e soprattutto condivisibili nel confronto con le professionalità dell'assistenza territoriale.

In questa prospettiva, oltre al sistema di valutazione delle Aziende sanitarie in Toscana, risultano interessanti altre esperienze italiane già in atto. Ad esempio il progetto Picenum (*Performance Indicators Continuous Evaluation as Necessity for Upgrade in Medicine*) che dal 2003 coinvolge 50 Medici di Medicina Generale nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche, per lo sviluppo di un set di 36 Indicatori di Performance (IP), di processo e di esito, per le patologie croniche, utili a definire delle *Performance Measures* (PMs) per l'analisi dei processi assistenziali tra ospedale e territorio ed il miglioramento continuo della qualità, con l'obiettivo di dimostrare la possibilità di valutare l'attività dei medici territoriali non solo in termini di consumi, ma anche di qualità assistenziale – mediante indicatori di attività, prevenzione, fragilità per area cardiovascolare, metabolica, respiratoria, gastroenterologica, neurologica ed oncologica.

Un altro caso di particolare interesse riguarda l'integrazione della banca dati assistiti con le cartelle cliniche informatizzate per il governo clinico presso l'ASL di Brescia per la gestione delle malattie croniche, a partire dal diabete. Attraverso la costruzione di una banca dati assistiti – iniziativa comune con altre ASL lombarde per disporre di una mappatura della cronicità, integrando informazioni amministrative, cliniche e prestazionali –, e con la condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici tra ASL e medici, l'utilizzo di metodologie di *disease management* (con il supporto della





Simg), e lo sviluppo di ritorni informativi personalizzati per i medici, è stato messo a punto un cruscotto informativo *evidence-based* con indicatori di processo ed esito in grado di guidare le scelte di programmazione sanitaria, la condivisione di obiettivi assistenziali tra distretti e medici, il monitoraggio e l'*auditing* dei comportamenti professionali.

Un'ulteriore esperienza in corso riguarda la definizione di un *dataset* minimo di indicatori per profili di salute a livello di zona-distretto, messo a punto dall'Agenzia Regionale di Sanità Toscana – da integrarsi nel sistema di valutazione delle aziende sanitarie –, curato dal Laboratorio Mes del S. Anna. Le riflessioni preliminari riguardano:

- indicatori generali di salute e di benessere socio-sanitario (dinamiche demografiche, patologie e cause di morte);
- indicatori su problematiche rilevanti per la Toscana o che presentano alta variabilità (tumori, malattie psichiche, incidenti stradali e sul lavoro, maternità, Aids, anziani);
- indicatori di tenuta del sistema (anni potenziali di vita persi, prevalenza disabilità) e di processo/output/esito (per situazioni di criticità o priorità o elevata eterogeneità regionale).

Infine, occorre anche menzionare che a livello nazionale potrebbe essere presto convalidato un flusso informativo per l'assistenza primaria (messo a punto a partire dal Progetto Mattoni), alimentato da diversi soggetti, e con diversi indicatori sui pazienti, sui consumi sanitari a livello di distretto, sulla demografia professionale. In particolare il flusso potrebbe prevedere:

- compilazione a cura di Medici di medicina generale (MMG) / Pediatri di libera scelta (PLS) con dati per singolo assistito (anagrafica, informazioni anamnestiche, tipologia contatto, prescrizioni farmaceutiche, specialistiche, ricovero, prestazioni aggiuntive previste da accordi regionali – senza o con autorizzazione sanitaria –, prevenzione);



- compilazione a cura del Distretto con dati per singolo assistito (codice paziente, continuità assistenziale e prestazioni aggiuntive, assistenza protesica, assistenza consultoriale);
- flusso anagrafico di MMG e PLS (a partire da dati aziendali e regionali).

4. *Considerazioni finali*

Secondo alcuni osservatori, i medici territoriali hanno oggi davanti a sé una «curva di apprendimento molto ripida» [Thomas 2006], dovendo transitare da una lunga tradizione di lavoro individuale, a stretto contatto con i pazienti, ma sostanzialmente al di fuori di un'organizzazione vera e propria, ad un lavoro che – al di là dello status giuridico – necessita comunque di una maggiore integrazione sia tra professionisti che nei confronti dell'Azienda sanitaria, con anche l'opportunità di iniziare ad influenzare le scelte assistenziali. Malgrado una certa «resilienza» al cambiamento da parte degli interessati, l'ampliamento delle competenze – dalla clinica alla gestione di gruppi di lavoro, all'organizzazione e management di servizi – non rappresenta di per sé un impoverimento, ma un'evoluzione resa necessaria da vincoli di sistema e da pressioni esterne. La valutazione professionale diventa allora una *conditio sine qua non* per transitare da una «medicina di attesa» ad una di «iniziativa», dall'approccio al singolo individuo ad un orientamento anche alla comunità, dalla diagnosi e prescrizione sempre e comunque secondo «scienza e coscienza», ad un inquadramento in base a standard clinici, assistenziali condivisi, a cui poter derogare, sempre secondo «scienza e coscienza», a tutela del caso specifico. Altri esperti ritengono che la chiave del cambiamento non consista nell'ennesima riorganizzazione del sistema, ma nella possibilità di aumentare il coinvolgimento dei professionisti territoriali, valorizzandone meglio le competenze, ma anche di individui, famiglie e comunità nel «prendersi cura del sistema di cure» [Dawson *et al.* 2007], per sentirsi maggiormente in controllo della propria salute e



benessere. Il che porta necessariamente a pensare al futuro delle cure primarie, al ridefinire i confini tra assistenza sanitaria e sociale, tra cure formali ed informali, tra titolarità dell'assistenza sanitaria e degli enti locali.

In quest'ottica i medici territoriali possono esercitare una leadership crescente oppure frenare il cambiamento; allo stesso modo anche il sistema di valutazione dell'assistenza territoriale può assecondare l'evoluzione oppure rappresentare un elemento di rigidità o di debolezza di una politica sanitaria orientata al futuro. In ogni caso, come sta avvenendo anche in altri paesi, una cultura del risultato e del confronto su evidenze diventerà probabilmente un presupposto professionale irrinunciabile, qualunque sia il modello lavorativo in divenire – anche un'organizzazione a rete, con differenziazioni a seconda del contesto geografico, culturale e socio-economico. Non a caso proprio in Gran Bretagna, patria di un'evoluzione strutturale spettacolare e ormai ventennale nelle cure primarie – dalla *family medicine* al *fundholding*, al *commissioning*, ai *primary care groups* e poi *trusts* –, si inizia a comprendere che «ciò che conta non è il modello in se» – tanto è vero che si parla di organizzazione federativa o reti di cure primarie per la tutela della salute –, bensì quello che conta è la «qualità professionale», intesa non più solo come clinica, ma anche come servizio di prossimità alla persona – da cui nuove sfide sia in termini di competenze (cure su misura, gestione di team di lavoro, gestione di informazioni), sia di sistemi di misurazione e valutazione.







A CURA DI SABINA NUTI

PARTE QUARTA

LE DIMENSIONI DEL SISTEMA DI
VALUTAZIONE DELLA SANITÀ TOSCANA







ANNA BONINI, CARMEN CALABRESE

LA VALUTAZIONE DEI LIVELLI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

1. *Presupposti metodologici (Anna Bonini, Carmen Calabrese)*

Nell'ambito della valutazione multidimensionale della performance, sono stati definiti alcuni indicatori di outcome che monitorano il livello di salute della popolazione. La scelta di considerare e includere nel sistema di valutazione i risultati di outcome di maggiore rilevanza vuole portare l'attenzione a ciò che rappresenta sia il punto di partenza che il vero punto di arrivo nel medio e nel lungo periodo. È chiaro che i risultati di outcome si muovono lentamente nel tempo e dipendono da molteplici fattori e determinanti, riconducibili solo in parte alle azioni delle istituzioni sanitarie, ma è altrettanto vero che ogni operatore sanitario deve aver chiaro che il miglioramento del livello di salute della popolazione rappresenta la finalità primaria dell'intero sistema.

Lo stato di salute dell'individuo – e quindi di una popolazione – è influenzato da un insieme di fattori in stretta e mutua interdipendenza: fattori biologici, comportamentali, ambientali, ma anche fattori legati al servizio sanitario, che interagiscono, talora in maniera sinergica, nel determinare la condizione di benessere o malattia. La determinazione della *salute di una popolazione* si traduce spesso nella misurazione della *assenza di salute* che trova nell'evento «morte» la sua espressione negativa più certa e più facilmente quantificabile [www.doescicilia.it].

Lo studio delle cause di morte e della sua distribuzione per sesso e fasce di età, individua l'evoluzione e le trasformazioni delle patologie che avvengono nel tempo, e registra i cambiamenti quando insorgono o sopravvivono casi di patologia legati all'introduzione di nuovi trattamenti o alla





modificazione di comportamenti a rischio. In alcuni casi il monitoraggio della salute di una popolazione consente anche di controllare direttamente gli effetti di interventi estesi ed organizzati di sanità pubblica.

Pur in presenza di un rilevante allungamento della durata della vita e di un diffuso benessere, tra le persone che superano l'età media nel secolo scorso si è sviluppata una vera e propria epidemia di malattie cronicodegenerative, in primo luogo il cancro e le malattie cardiovascolari. Nonostante questo, la drastica riduzione delle patologie trasmissibili – specialmente tra i bambini e le donne nel primo dopoguerra –, ed il miglioramento delle cure negli adulti negli ultimi decenni, hanno permesso di raggiungere un'aspettativa di vita sempre più elevata [www.epicentro.iss.it].

Tra gli indicatori diretti dello stato di salute di una popolazione, quello costituito dall'archivio delle cause di morte appare uno dei più classici e certamente più utilizzati, ancorché parziale; infatti molte malattie di grande diffusione ed impatto sociale, come l'artrosi, il diabete o l'ipertensione, presentano livelli di mortalità bassi o addirittura trascurabili, mentre importanti diminuzioni della mortalità di patologie gravi – come alcuni tumori –, possono essere dovute a progressi nella diagnosi o nel trattamento anche se la relativa frequenza rimane stabile o è addirittura in aumento [www.iss.it].

Nonostante ci siano quindi alcuni limiti riconosciuti dell'uso della mortalità come stimatore del bisogno di salute, i tassi di mortalità continuano ad essere utilizzati come macro indicatori dello stato di salute di una popolazione e della qualità dell'assistenza, anche perché le statistiche di mortalità rimangono la più diffusa fonte di informazione disponibile e comparabile sui problemi di salute [OECD 2006]. I più importanti documenti di programmazione sanitaria internazionali (OMS), nazionali (Piano Sanitario Nazionale) e regionali (Piani per la Salute e Piani Socio-Sanitari) indicano nell'aumento della speranza di vita e nella riduzione della mortalità per alcune cause specifiche – in particolare quelle la cui prevedibilità è nota, per esempio morti correlate con alcool o fumo –, l'obiettivo di salute verso cui tendere.





Con tali premesse sono stati selezionati quattro indicatori di mortalità: mortalità infantile, per malattie cardiocircolatorie, per tumori e per suicidi.

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore *proxy* del livello di salute della popolazione. Si tratta di un parametro essenziale che rileva il livello di sviluppo di un territorio in relazione alle sue caratteristiche sanitarie, socio-economiche ed ambientali, in quanto rappresenta una misura sensibile sia della condizione socio-economica – sovraffollamento delle abitazioni, livello di urbanizzazione, educazione sanitaria, abitudini dannose in gravidanza quali fumo, alcool ecc., reddito, occupazione –, sia del livello di organizzazione sanitaria di una popolazione.

Le principali cause di morte nei Paesi OCSE sono correlate a malattie cardiovascolari (come attacco cardiaco e ictus), cancro, malattie del sistema respiratorio (come asma, enfisema e bronchite) e cause esterne di morte (come incidenti stradali, cadute accidentali, suicidi e omicidi) [OECD 2006].

In Toscana, le malattie del sistema cardiocircolatorio causano da sole il 30% dei decessi, rappresentando la più importante causa di morte; circa il 30% della popolazione adulta è ipertesa e il 10% degli ultrasessantacinquenni è affetto da scompenso cardiaco (PSR 2005-2007). Nei maschi predomina la cardiopatia ischemica (infarto e altre patologie delle coronarie), mentre fra le femmine prevalgono le malattie cerebrovascolari, ed in particolare l'ictus.

I tumori sono la seconda causa di morte in Toscana, pari al 28,6% della mortalità totale. Tra le patologie neoplastiche, le principali cause di morte sono per gli uomini il tumore del polmone, del colon-retto, della prostata e dello stomaco, mentre tra le donne quello della mammella, del colon-retto, dello stomaco e dell'ovaio (Istituto Toscano Tumori).

Per quanto riguarda la mortalità per suicidi, si osserva come la Toscana sia tra le poche regioni che consideri il suicidio una problematica di salute pubblica, quando ancora oggi, molto spesso, esso non viene percepito come tale. I comportamenti suicidi, infatti, sono un importante problema di salute pubblica dei paesi sviluppati; dei dieci paesi con





i tassi di suicidio più elevati nel mondo, nove si trovano in Europa (Relazione Sanitaria Regionale 2003-2005). Nei Paesi OCSE i tassi di mortalità per suicidi sono tre-quattro volte più elevati negli uomini che nelle donne, e questa differenza si è mantenuta stabile nel tempo [OECD 2006]; la stessa tendenza si riscontra in Toscana.

La valutazione della performance delle aziende presenti sul territorio toscano viene effettuata sulla media regionale. Il tasso grezzo di mortalità esprime il tasso effettivamente osservato in una popolazione in un determinato periodo, e rappresenta il parametro di base per misurare l'andamento della mortalità. Per svolgere un adeguato confronto tra territori differenti si utilizza il tasso standardizzato per età, in grado di eliminare l'influenza del fattore età. Tale misura si ottiene imponendo alle popolazioni prese in esame una distribuzione per età analoga a quella di riferimento – nel caso specifico la popolazione toscana Istat 2000.

I dati relativi alle aziende sanitarie toscane provengono dal Registro di Mortalità Regionale e sono stati elaborati dall'Agenzia Regionale di Sanità; fanno riferimento ai dati disponibili più recenti, ovvero al periodo 2003-2005. Gli indicatori vengono espressi su base triennale in quanto alcuni tassi di mortalità presentano valori assoluti bassi, per cui il confronto tra tassi annuali sarebbe soggetto a notevoli variazioni, dovute in gran parte alla numerosità della casistica. Il limite rappresentato dal ritardo nell'aggiornamento delle fonti, nel caso della mortalità, non è un elemento cruciale, dal momento che si tratta di un fenomeno caratterizzato da evoluzioni lente nel tempo.

Gli indicatori relativi alle aziende sanitarie toscane, di seguito presentati, sono preceduti dalla descrizione della situazione toscana nel panorama nazionale; relativamente alla mortalità infantile la valutazione regionale è stata effettuata su base nazionale da dati Istat, considerando la distribuzione dei valori di tutte le regioni e la media nazionale.





2. *La valutazione dei tassi di mortalità (Carmen Calabrese)*

Tasso di mortalità infantile

La mortalità infantile costituisce un fondamentale problema socio-sanitario e rappresenta l'indice più accurato di valutazione della qualità della salute. Molti fattori di natura biologica, sociale, economica, sono in grado di incrementare il rischio di morte entro il primo anno di vita. Tra i fattori biologici si possono annoverare l'età della madre, l'ordine di nascita, le nascite multiple, il sesso del neonato, la presentazione al momento del parto, il peso e la storia clinica ed ostetrica della madre. Tra i fattori socio-economici vanno considerati la legittimità, il sovraffollamento delle abitazioni, il livello di urbanizzazione del luogo di nascita, l'educazione sanitaria, le abitudini voluttuarie dannose in corso di gravidanza (fumo, alcool, droghe) l'occupazione e il reddito. [Germinarlo, 2001]

La mortalità infantile considera i nati vivi nell'intervallo tra la nascita e il primo anno di vita. Si ottiene rapportando, nell'unità di tempo considerata, il numero dei bambini morti entro il primo anno di vita al numero dei bambini nati vivi nello stesso anno, e moltiplicando poi il risultato per mille.

I dati di mortalità infantile su base Istat¹, disaggregati per regione, evidenziano una variabilità geografica molto ampia. Il valore medio italiano è di 3,58 decessi ogni 1.000 nati vivi per il triennio 2002-2004, mentre per quanto riguarda la Toscana si osserva un tasso pari a 2,99, dato che fa rientrare la Toscana tra le regioni con la migliore performance (fig. 1).

¹ Nati vivi: Bilancio demografico anni 2002-2003-2004 e popolazione residente al 31 Dicembre.

Numero decessi: Tavole Istat 2002 - Decessi:caratteristiche demografiche e sociali, Annuari 2006; tavole Istat 2003 - Decessi:caratteristiche demografiche e sociali, diffuso il 24 aprile 2007; tavole Istat 2004 - Decessi:caratteristiche demografiche e sociali, diffuso il 16 agosto 2007.



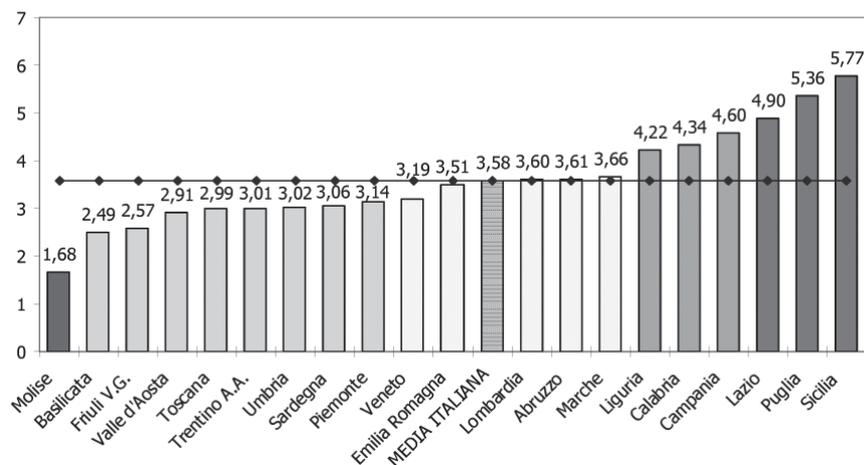


FIG. 1. Tasso di mortalità nel primo anno di vita. Triennio 2002 - 2004

Per quanto riguarda invece la realtà locale, la figura 2 mette in luce la disomogeneità territoriale tra le aziende toscane nel triennio 2003-2005, con valori che vanno dall'1,59 al 5,11 per 1.000 nati vivi, con una media pari a 3,16. Dal grafico del trend si può apprezzare l'andamento temporale del tasso di mortalità infantile in Toscana. Esso presenta un andamento disomogeneo nelle varie aziende: in alcune è aumentato mentre in altre è diminuito. Si sottolinea però che tali variazioni sono in gran parte legate alla bassa numerosità della casistica, per cui una variazione in valore assoluto di poche unità può cambiare notevolmente il tasso. A livello regionale, come si evince dalla figura 3, il tasso ha registrato un lieve rialzo – infatti il valore medio è passato da 3,09 nel periodo 2001-2003 a 3,16 nel periodo 2003-2005.

Al fine di studiare il ruolo dei diversi fattori di rischio – in primo luogo clinici, sociali ed economici – e poter fornire delle indicazioni gestionali, risulta utile suddividere il primo anno di vita in cui può avvenire la morte del neonato nei consueti indicatori utilizzati in letteratura, dal momento che le cause responsabili della mortalità nel periodo neonatale differiscono da quelle del periodo post-neonatale:

- nel *periodo neonatale*, riguardante i primi 28 giorni di vita, prevalgono cause biologiche, legate allo stato di salute della madre durante la gestazione, al parto e alla

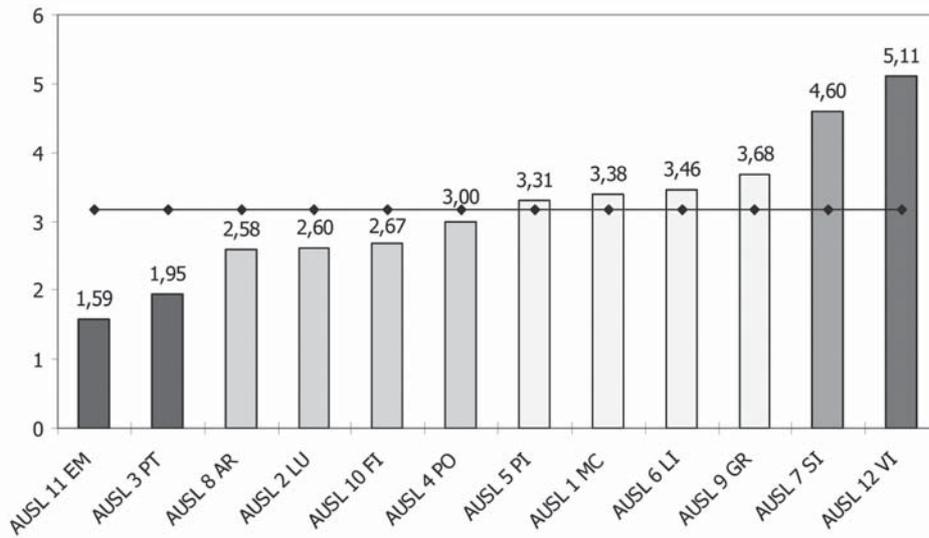


FIG. 2. Tasso di Mortalità nel primo anno di vita, triennio 2003 - 2005

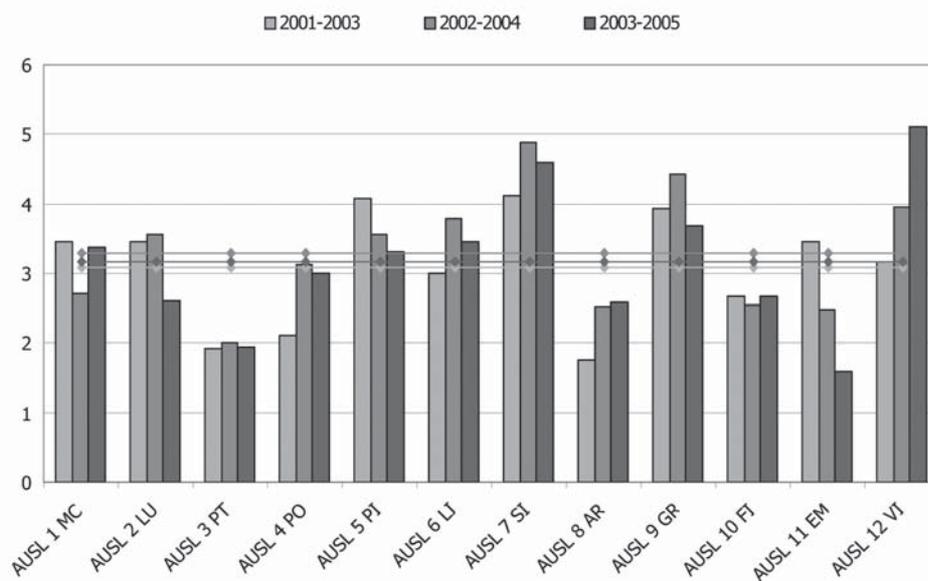


FIG. 3. Tasso di Mortalità nel primo anno di vita. Confronto trienni 2001 - 2003, 2002 - 2004 e 2003 - 2005

salute del neonato – presenza di malformazioni congenite incompatibili o a rischio per la vita; in questo periodo è significativo il livello di assistenza sanitaria e la disponibilità o meno di adeguati interventi terapeutici. La medicina preventiva prenatale può offrire un contributo per limitare l’impatto di questi fattori di rischio;



- nel *periodo post-neonatale*, che riguarda il periodo dal 29° al 365° giorno di vita, in particolar modo nei paesi industrializzati, la mortalità è maggiormente condizionata da fattori ambientali – rischio di trasmissione di malattie infettive, incidenti, traumi, ecc. – strettamente associati alle abitudini di vita della madre, alle condizioni di vita del bambino, al livello di urbanizzazione del luogo di nascita, al sovraffollamento delle abitazioni, all’educazione sanitaria piuttosto che all’esistenza o meno di un livello sanitario adeguato.

Il periodo neonatale, può essere a sua volta suddiviso in precoce (fino al 6° giorno) e tardivo (dal 7° al 28° giorno) [Germinarlo 2001].

Tale distinzione è utile per valutare le cause che possono determinarla. Dal grafico si può osservare il peso delle principali componenti della mortalità infantile toscana. La componente più importante è data dalla mortalità entro i primi 6 giorni di vita. Si osserva inoltre che le aziende con i tassi più elevati registrano anche una maggiore mortalità post-neonatale.

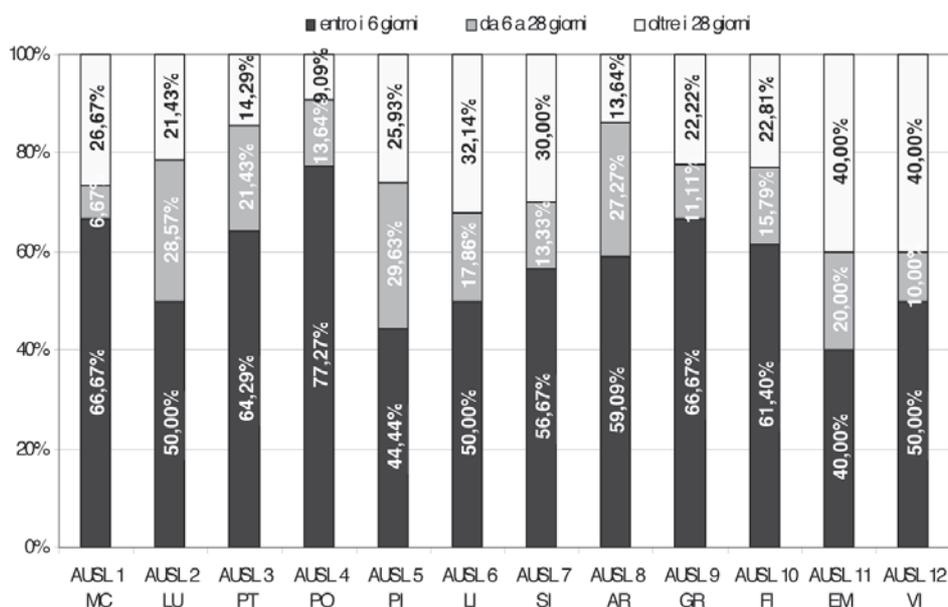


FIG. 4. Percentuale di Mortalità nel primo anno di vita, per nei primi 28 giorni e nei primi 6 giorni a confronto

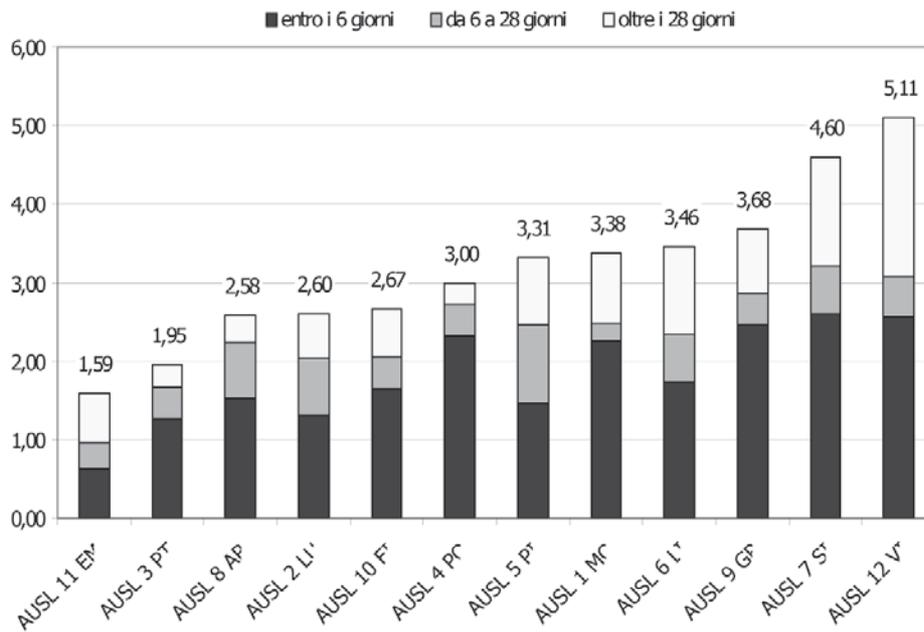


FIG. 5. Tasso di Mortalità nel primo anno di vita, per nei primi 28 giorni e nei primi 6 giorni a confronto mortalità neonatale totale

Per quanto riguarda il tasso di mortalità neonatale totale (nei primi 28 giorni), esso è dato dal rapporto tra il numero di deceduti tra il 1° e il 28° giorno di vita, e il numero dei nati vivi residenti, ogni 1.000 nati vivi. Nel triennio 2003-

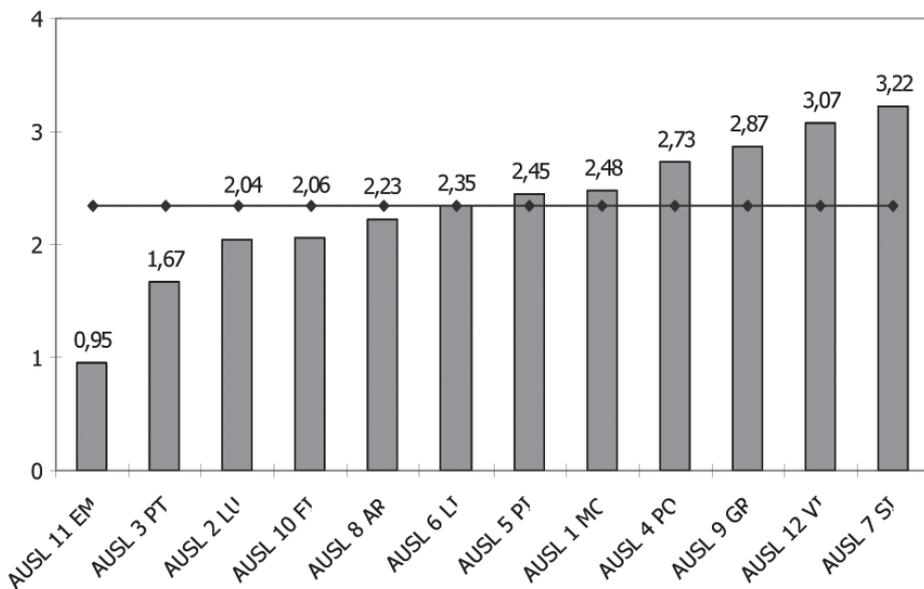


FIG. 6. Tasso di Mortalità neonatale nei primi 28 giorni di vita



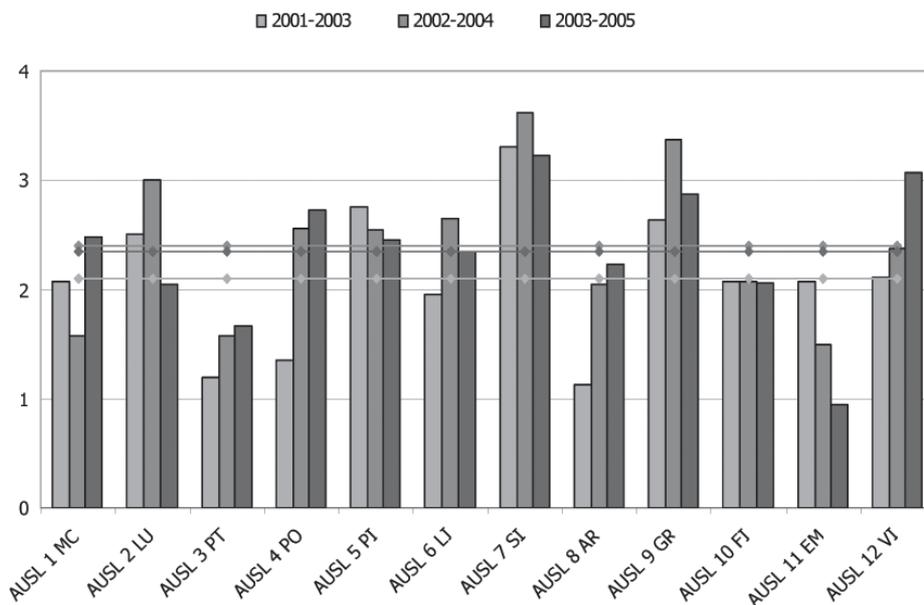


FIG. 7. Tasso di Mortalità neonatale nei primi 28 giorni di vita. Confronto trienni 2001 – 2003, 2002 – 2004 e 2003 – 2005

2005, la situazione si presenta variegata: si registrano valori che vanno da 0,95 al 3,22 deceduti per 1.000. L'andamento temporale, come si osserva dal grafico, si caratterizza per la maggior parte delle aziende con un trend crescente non lineare, ad eccezione di alcune aziende, in cui si riscontra una diminuzione. Conseguentemente, il tasso medio a livello regionale mostra un modesto aumento, passando da 2,09 decessi nei primi 28 giorni di vita ogni 1.000 nati vivi nel triennio 2001-2003, a 2,34 nel triennio 2003-2005.

Mortalità neonatale precoce

Il tasso di mortalità neonatale precoce evidenzia i deceduti nei primi 6 giorni di vita. Per quanto riguarda il triennio 2003-2005 le differenze aziendali rispecchiano quelle già presenti nell'indicatore precedente. Da un punto di vista temporale, il grafico del trend presenta un quadro eterogeneo nelle varie aziende: tranne alcune realtà in cui si riscontra un'evidente diminuzione, nel complesso si nota un breve incremento del tasso di mortalità. Pertanto, a livello regionale il tasso medio è leggermente cresciuto, passando da 1,65 nel triennio 2001-2003, a 1,81 nel triennio 2003-2005.



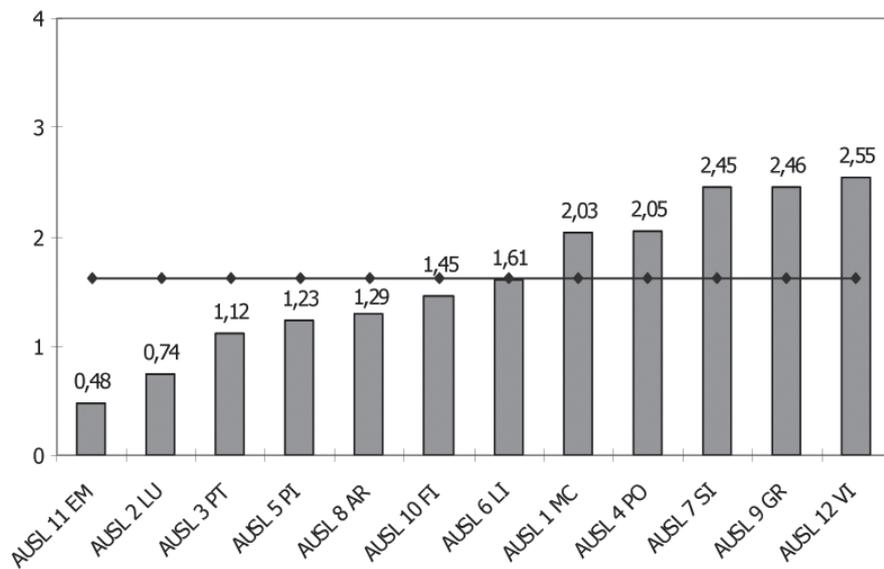


FIG. 8. Tasso di Mortalità neonatale nei primi 6 giorni di vita. Triennio 2003 – 2005

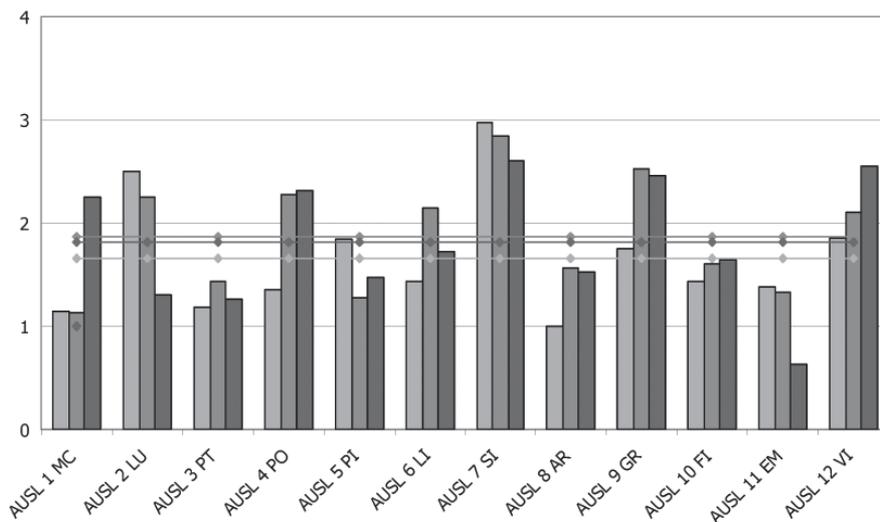


FIG. 9. Tasso di Mortalità neonatale nei primi 6 giorni di vita. Confronto trienni 2001 – 2003, 2002 – 2004 e 2003 – 2005

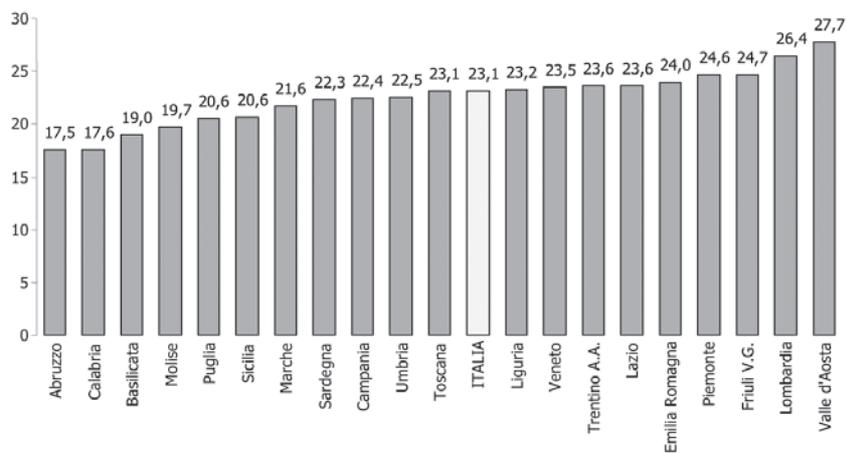
Tasso di mortalità per tumori

L'indicatore è calcolato come rapporto tra il numero di deceduti per patologie tumorali e il numero di residenti. Come precedentemente spiegato, il tasso è standardizzato, per permettere il confronto tra popolazione diverse.





La distribuzione regionale dell'indicatore mostra una certa eterogeneità intorno al valore nazionale di 23,13 deceduti per tumori ogni 10.000 residenti, con tassi standardizzati per età e sesso che oscillano tra il 17,5 dell'Abruzzo al 27,7 della Valle d'Aosta; in tale panorama la Toscana registra un tasso pari al 23,09, praticamente coincidente con il valore nazionale. I dati sono del 2004 e si riferiscono a 10.000 abitanti, mentre quelli delle aziende sanitarie toscane sotto riportati sono relativi al triennio 2003-2005 e fanno riferimento a 100.000 residenti.



Fonte: ISTAT - Stime preliminari della mortalità per causa nelle regioni italiane - diffuso il 18 settembre 2006

FIG. 10. Tasso di Mortalità per tumori standardizzato per età e sesso, per 10.000 residenti - Anno 2004

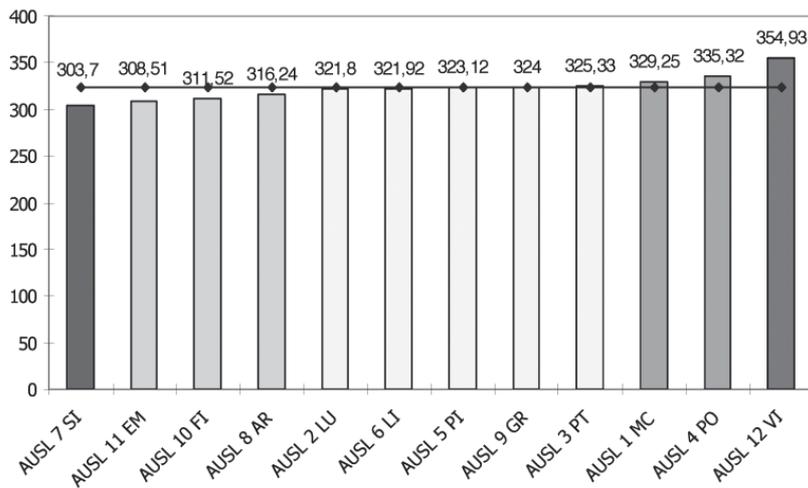


FIG. 11. Tasso standardizzato di mortalità per tumori. Triennio 2003 – 2005



I dati del triennio 2003-2005 mostrano valori che variano da 303,7 a 354,93 decessi ogni 100.000 residenti, con un valore medio regionale che si attesta sui 322,97. Analizzando il trend si evince come la mortalità per tutti i tumori della Regione Toscana presenti una lieve diminuzione passando da 327,26 nel periodo 2001-2003, a 322,97 nel periodo 2003-2005.

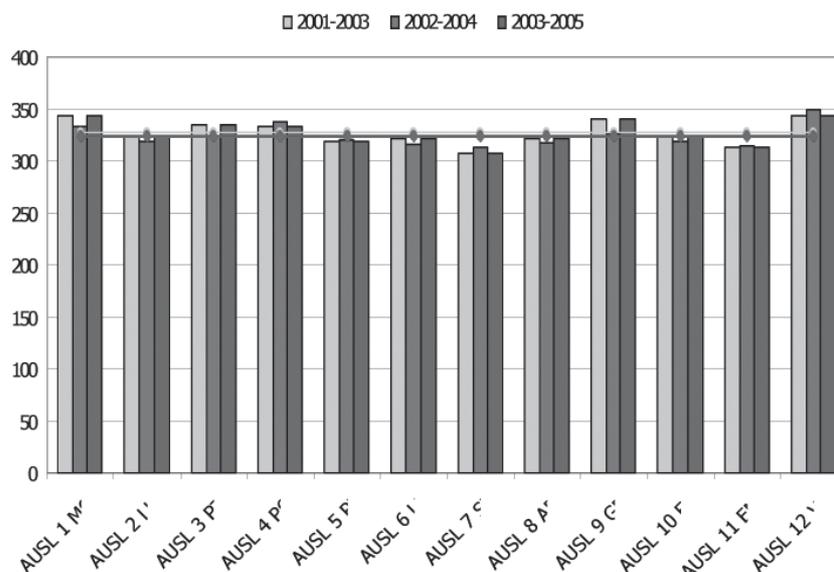


FIG. 12. Tasso standardizzato di mortalità per tumori. Confronto trienni 2001 – 2003, 2002 – 2004 e 2003 – 2005

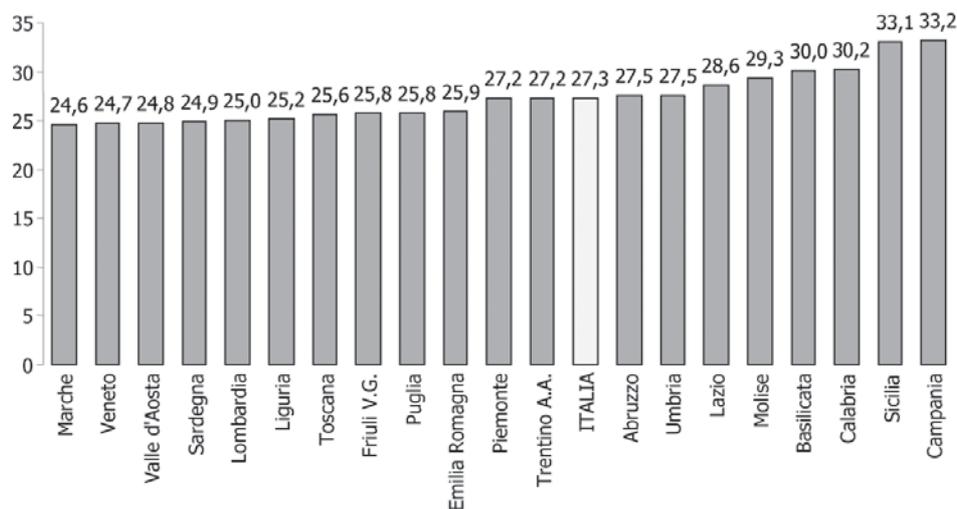
Tasso di mortalità per malattie del sistema cardio-circolatorio

Il tasso di mortalità per patologie cardio-circolatorie è calcolato come rapporto tra il numero di deceduti per malattie cardiovascolari e il numero dei residenti. I dati presentati si riferiscono sempre a tassi standardizzati per età. La distribuzione geografica delle diverse regioni è diversificata; la Toscana, con un tasso pari a 25,6 per 10.000 residenti, fa parte del gruppo di regioni con i valori più bassi, inferiori al valore nazionale – che nel 2004 si attesta a 27,26. Come per l'indicatore precedente, i dati sono del 2004 e si riferiscono a 10.000 abitanti, mentre quelli delle aziende sanitarie toscane



sotto riportati sono relativi al triennio 2003-2005 e fanno riferimento a 100.000 residenti.

Analizzando i dati per Azienda si possono cogliere le differenze territoriali e il diverso livello di performance raggiunto, considerando che i valori variano tra 403,58 e 492,59. Il valore medio regionale è di 457,47 decessi ogni 100.000 residenti.



Fonte: ISTAT - Stime preliminari della mortalità per causa nelle regioni italiane - diffuso il 18 settembre 2006

FIG. 13. Tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio standardizzato per età e sesso, per 10.000 residenti Anno 2004

Per quanto riguarda gli andamenti nel tempo, risulta che il tasso di mortalità per malattie cardio-circolatorie si caratterizza per un costante trend in diminuzione per la maggior parte delle aziende – per le quali si registra una tendenza ad un modesto calo –, mentre per le altre aziende i valori rimangono comunque stabili. Complessivamente il dato medio regionale relativo al tasso standardizzato si è notevolmente ridotto, passando da 480,39 decessi ogni 100.000 residenti nel periodo 2001-2003, a 457,47 nel triennio 2003-2005.



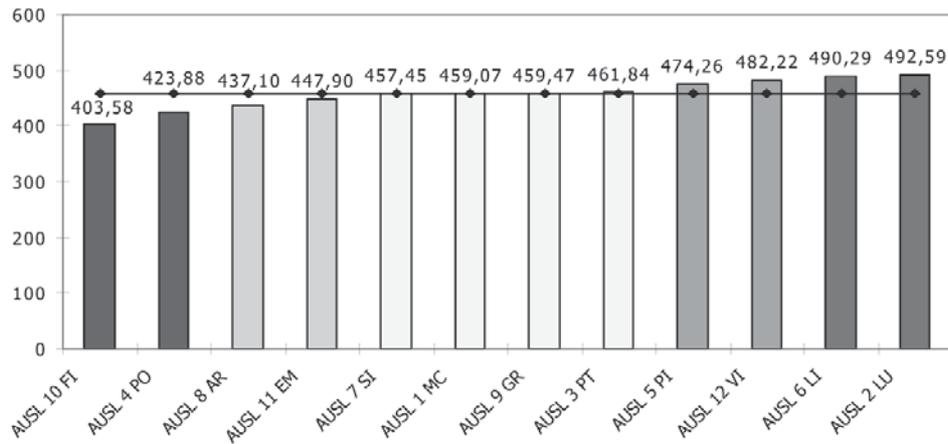


FIG. 14. Tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio. Triennio 2003 – 2005

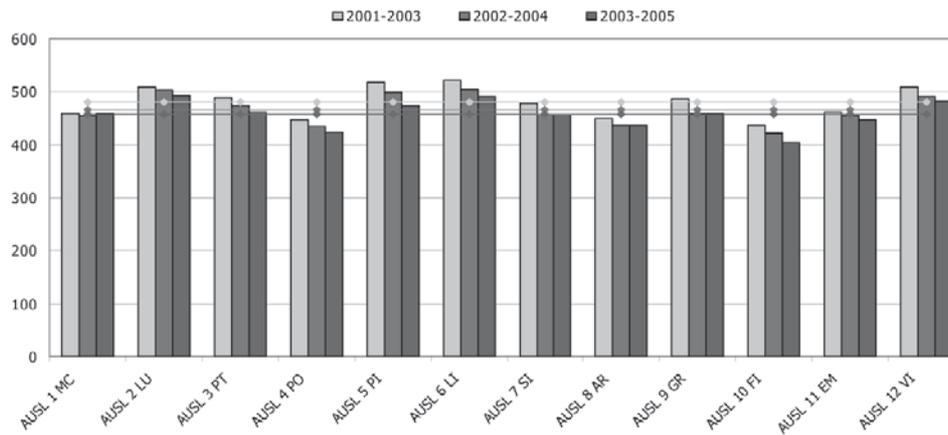
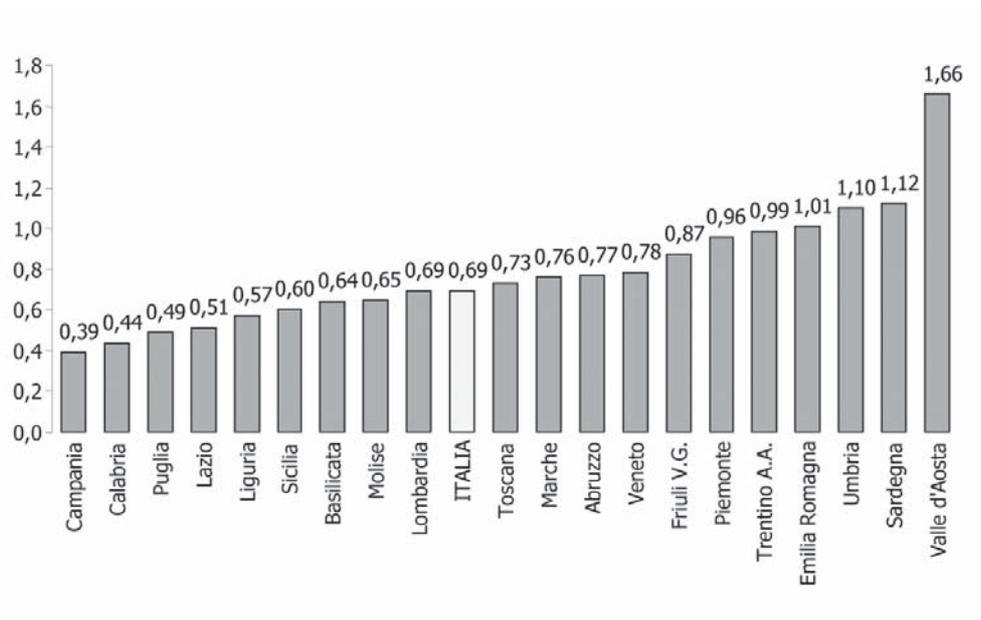


FIG. 15. Tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio. Confronto trienni 2001 – 2003, 2002 – 2004 e 2003 – 2005

Tasso di mortalità per suicidi

Il tasso di mortalità per suicidi, come i precedenti, è calcolato come il numero di suicidi su 10.000 residenti. Il grafico seguente mostra l'andamento delle diverse regioni all'ultimo dato disponibile, quello del 2002. Si rileva una certa variabilità, con un dato nazionale pari a 0,69 per 10.000 residenti. In questo quadro la Toscana si posiziona appena al di sopra del valore nazionale, con un tasso pari a 0,73.





Fonte: ISTAT – Health for all – Aggiornato a Giugno 2007

FIG. 16. Tasso di mortalità per suicidi standardizzato per età e sesso, per 10.000 residenti Anno 2002

Diversamente dall'indicatore nazionale, quello che mette a confronto le aziende sanitarie toscane è costruito come rapporto standard tra il tasso di suicidi di ogni singola Azienda e il tasso della Regione Toscana, ponendo dunque il valore regionale di riferimento pari a 100. I valori delle aziende si riferiscono al triennio 2003-2005 e sono standardizzati per età.

Nello scenario regionale, si osserva come l'indicatore presenti un andamento disomogeneo tra le Aziende. I valori sono compresi in un range che va da 75,99 a 154,51. Buona parte delle aziende si attesta comunque intorno al parametro regionale. Per quanto riguarda il trend, si osserva una situazione disomogenea a livello regionale: l'indicatore si riduce in alcune aziende mentre in altre aumenta. Una sola Azienda, presenta un significativo andamento negativo e un trend in crescita. Nel complesso, a livello regionale si ottiene un dato medio che rimane stabile nel tempo, passando da 101,80 nel triennio 2001-2003 a 101,30 nel triennio 2003-2005.



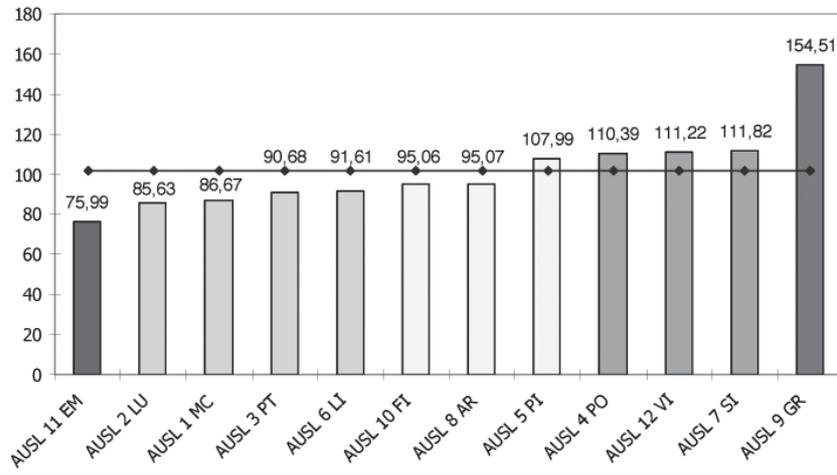


FIG. 17. Mortalità per suicidi: rapporto standard Triennio 2003 – 2005

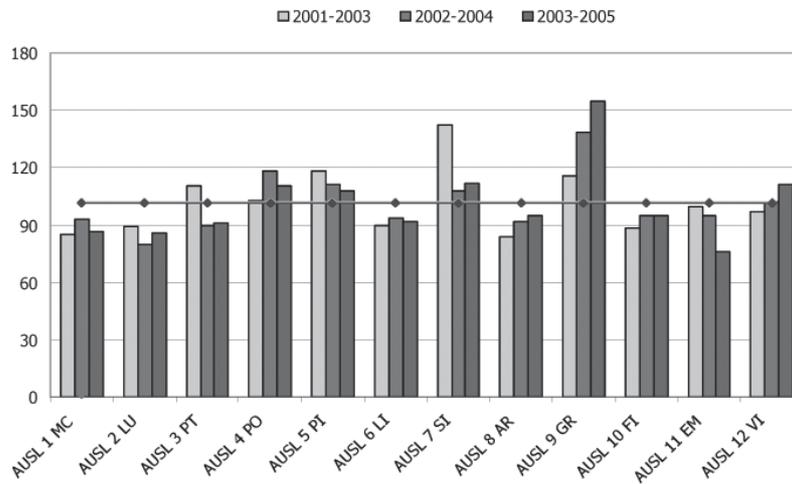


FIG. 18. Mortalità per suicidi: rapporto standard. Confronto trienni 2001 – 2003, 2002 – 2004 e 2003 – 2005







LA VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ DI PERSEGUIMENTO DELLE STRATEGIE REGIONALI

1. *Presupposti metodologici (Sara Barsanti)*

1.1. *Introduzione*

I tre grandi obiettivi dei sistemi sanitari secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità [WHO 2000] sono:

- il miglioramento della salute della popolazione, mediante il raggiungimento del miglior livello medio di salute (*goodness*) e la riduzione al minimo delle differenze di stato di salute tra individui e tra gruppi (*fairness*);
- la capacità e la sensibilità di rispondere alle aspettative della popolazione;
- un'equa ripartizione della contribuzione finanziaria, che provveda ad una copertura finanziaria, qualsiasi sia la tipologia di malattia e di costo da sostenere.

Il Sistema Sanitario Toscano è un sistema prevalentemente pubblico, universalistico e sostenibile, fondato sulla programmazione dei servizi, la collaborazione e la concertazione tra i soggetti erogatori, la partecipazione dei cittadini e l'appropriatezza delle prestazioni (Piano Sanitario Regionale 2005-07). Le aziende sanitarie toscane agiscono sia come enti autonomi, sia come soggetti costituenti il sistema sanitario regionale, lavorando in logica di squadra, per valorizzare le sinergie e per garantire un'adeguata offerta dei servizi, sia in termini di accesso, sia in termini di qualità ed appropriatezza delle cure. Attraverso il Piano Sanitario Regionale (PSR), infatti, sono definite le priorità e gli obiettivi di salute,





nonché le linee strategiche e le modalità organizzative per il miglioramento dell'offerta assistenziale.

Monitorare l'implementazione del PSR attraverso indicatori di risultato è un passo necessario per la valutazione, sia clinica che strategica, del sistema sanitario regionale stesso, al fine di misurarne la capacità di rispondere ai cambiamenti richiesti e agli obiettivi prioritari delineati dall'OMS. L'area di valutazione del conseguimento delle strategie regionali (area B) ha lo scopo di valutare le capacità delle aziende sanitarie di perseguire gli orientamenti strategici di indirizzo regionale più significativi, ossia la capacità delle aziende stesse di mettere in atto le indicazioni delle delibere regionali.

1.2. Gli obiettivi strategici del Piano Sanitario Regionale 2005-07 e gli indicatori di valutazione

La qualità dei sistemi sanitari è definita come il livello di realizzazione degli obiettivi per il miglioramento della salute della popolazione e come capacità di risposta alle legittime aspettative della popolazione. I sistemi sanitari più sviluppati hanno da tempo spostato la propria attenzione verso la medicina preventiva, l'assistenza di primo livello, il coinvolgimento dei cittadini e verso una regolamentazione più esplicita che orienti i soggetti del sistema verso un modello di assistenza integrata [Shaw, Kalo 2002].

Il Piano Sanitario Regionale Toscano per gli anni 2005-2007 si inserisce in questo contesto, proponendo un modello di «sistema salute» basato sulla responsabilizzazione dell'intera comunità, sulla partecipazione diffusa dei soggetti pubblici e privati, sul coinvolgimento dei cittadini e delle istituzioni nelle decisioni. Il Piano è articolato in obiettivi strategici, obiettivi specifici ed azioni di piano. Ribadendo gli elementi portanti già declinati nel precedente Piano Sanitario, esso si concentra su alcune grandi strategie che, avendo come scopo centrale il miglioramento di salute di tutta la popolazione, si focalizzano principalmente su:





- l'appropriatezza e la qualità delle cure e dei percorsi assistenziali;
- l'universalità e l'equità del sistema;
- la promozione e la prevenzione della salute;
- la partecipazione e la centralità dei pazienti;
- la programmazione;
- la ricerca, l'innovazione e la sperimentazione.

Tali strategie sono delineate in sei precisi obiettivi strategici¹, strutturati a loro volta in obiettivi specifici. Tra gli obiettivi specifici sono stati individuati 12 progetti speciali² finalizzati al raggiungimento di livelli di offerta e risposta a determinati bisogni dei cittadini e al riorientamento dell'offerta in alcuni servizi che avevano mostrato particolari criticità nel corso del tempo. Ciascun obiettivo specifico compreso nel PSR deve poter essere monitorato e misurato nel suo livello di raggiungimento. La scelta all'interno del sistema di valutazione è stata quella di includere indicatori di monitoraggio e valutazione relativi ad alcuni obiettivi chiave del PSR, al fine di riuscire ad ottenere un quadro sia aziendale che regionale sulle strategie organizzative messe in atto ed il livello di raggiungimento degli obiettivi previsti. La dimensione di valutazione del conseguimento delle strategie regionali considera in particolar modo indicatori relativi agli obiettivi di salute, all'appropriatezza e ai progetti speciali di interesse generale; sia la programmazione che l'efficienza sono invece considerate nella valutazione della

¹ Gli obiettivi strategici sono: gli obiettivi di salute; i progetti speciali di interesse regionale; la partecipazione (servizi territoriali per le comunità locali); l'appropriatezza (i livelli ed i tempi appropriati di erogazione dell'assistenza); la programmazione; l'efficienza (l'evoluzione del sistema delle aziende sanitarie).

² 1. Prevenzione e cura dei tumori; 2. Interventi di sorveglianza attiva a favore della popolazione anziana; 3. Il controllo e la cura del dolore; 4. L'odontoiatria: un percorso sostenibile; 5. Nascere in Toscana; 6. L'artroprotesi dell'anca; 7. Il sistema di emergenza-urgenza; 8. Le Unità di cure primarie: un nuovo modello organizzativo; 9. Visite specialistiche: un obiettivo di qualità; 10. Alimentazione e salute; 11. La salute nei luoghi di lavoro: i rischi emergenti; 12. La sicurezza alimentare.





dinamica economico-finanziaria (si veda Parte IV Capitolo 4). Relativamente ai progetti speciali, invece, sono stati elaborati indicatori specifici relativi ai progetti di prevenzione, al controllo del dolore ed alla qualità delle visite specialistiche. Alcuni dei progetti regionali, come quello relativo all'artroprotesi dell'anca, sono considerati nella dimensione di valutazione socio-sanitaria; altri, invece, come il sistema di emergenza-urgenza, sono considerati nella dimensione di valutazione esterna. Di seguito sono riportati alcuni degli obiettivi specifici, le azioni di piano regionali ed i relativi indicatori sviluppati nella dimensione di valutazione B.

L'appropriatezza e la qualità delle cure e dei percorsi assistenziali

Il PSR definisce l'appropriatezza come la capacità di erogare attività e prestazioni efficaci ed adeguate rispetto ai bisogni dell'utenza e di non erogare prestazioni inefficaci o dannose. Per adeguatezza si intende la capacità di fornire attività e prestazioni efficaci con modalità sia clinico che organizzative a miglior rapporto rischio/beneficio per il cittadino e con tempi congrui rispetto al bisogno. Tale principio, per essere perseguito, non deve essere associato soltanto ad aspetti di tipo clinico-sanitario, ma deve trovare risposta anche in strategie organizzative di miglioramento: prima tra tutte la riduzione dei tempi di attesa. Le prestazioni diagnostiche e specialistiche devono quindi essere erogate nei tempi di attesa congrui al bisogno di salute, classificando la domanda secondo criteri di priorità ed urgenza.

Il tempo di attesa per le visite specialistiche costituisce una delle massime criticità nella fruizione di tale servizio. La crescente insoddisfazione dei cittadini in merito a tale punto pone problemi dal punto di vista di equità trasversale di accesso ai servizi, ovvero assicurare a tutti i cittadini con uguali bisogni le stesse possibilità di accesso e di fruizione dei servizi, anche con particolare riferimento alla cronicità. Il progetto speciale *Visite specialistiche: un obiettivo di qualità* prevede per alcune prime visite specialistiche di particolare rilevanza un'erogazione massima entro 15 giorni dalla prenotazione:





l'indicatore *B3-Tempi di attesa per le visite specialistiche*, infatti, ha lo scopo di monitorare la capacità delle aziende di fornire tali visite entro i 15 giorni.

Il Sistema Sanitario Toscano si è focalizzato da tempo sui percorsi assistenziali, avendo come obiettivi sia una riorganizzazione degli stessi in termini di integrazione intersettoriale e di continuità assistenziale, sia un orientamento verso i bisogni e le aspettative dei pazienti. Lo stesso piano sanitario ribadisce l'importanza e la centralità della propria organizzazione nei percorsi assistenziali. Secondo il PSR infatti, «i percorsi assistenziali rappresentano le modalità organizzative che assicurano al cittadino, in forma appropriate, tempestive, coordinate e programmate, l'accesso informato, la scelta del singolo operatore dove possibile, entro l'offerta programmata e la fruizione dei servizi. La presa in carico del paziente è svolta dal sistema nell'ambito del percorso assistenziale e dal singolo operatore. Il sistema in rete assicura al cittadino quindi la continuità assistenziale, la conoscenza e l'informazione dell'intera possibilità di scelta in ambito territoriale di riferimento, nonché una specifica rete di assistenza all'accesso e alla scelta, anche mediate la cooperazione e l'intesa dei diversi soggetti operanti nel sistema». Nell'ambito dei percorsi assistenziali la Toscana ha da sempre dedicato particolare attenzione al percorso materno infantile. Già il PSR 2002/2004 aveva riavviato un processo di riqualificazione dei servizi di assistenza alla nascita. Con il progetto speciale *Nascere in Toscana* il sistema si propone di garantire una gravidanza serena nel massimo della sicurezza e della qualità delle cure, impiegando modalità di assistenza scientificamente aggiornate e validate, rispettose della fisiologia, della naturalità dell'evento e dei suoi aspetti psico-affettivi. Esigenza fondamentale è la continuità assistenziale durante tutto il percorso, superando lo scollamento tra ospedale e territorio. La valutazione della performance riguardanti tali percorso, oltre a considerare aspetti sanitari (si veda l'indicatore *C7-Materno infantile*) si è concentrata anche sulla continuità dell'assistenza attraverso l'indicatore B13 che considera il punto di vista delle madri riguardo la capacità del sistema di garantire il coordinamento tra le principali fasi del percorso.





L'universalità e l'equità del sistema

Tra i valori connessi al miglioramento della salute deve figurare la riduzione delle disparità in materia di salute. Benché molti cittadini godano di una vita più lunga e più sana rispetto alle precedenti generazioni, esistono forti disuguaglianze «evitabili ed ingiuste» in materia sanitaria tra i paesi e le regioni, come anche al loro interno, nonché a livello mondiale [Commissione Europea 2007]. Valore fondante del sistema sanitario toscano è l'universalità, intesa come la parità di accesso ai servizi sanitari per tutti i cittadini e proporzionalmente ai loro bisogni ed indipendentemente dal luogo, età, genere, etnia, religione e classe sociale di appartenenza. L'intero Piano Sanitario «si propone l'aumento dell'equità, l'ulteriore miglioramento degli indicatori di salute ed un approccio etico all'organizzazione dei servizi sanitari». Nell'ambito della programmazione sanitaria tale finalità può essere perseguita attraverso la garanzia da parte del sistema di una qualità delle cure ed accesso ai servizi omogenei. È di estrema importanza, infatti, che le prospettive di equità siano a pieno titolo incluse nelle logiche gestionali al fine di aumentare la sensibilità degli operatori sulle modalità adottate di erogazione dei servizi [Nuti, Barsanti 2006]. L'indicatore *B9-Equità ed accesso*, elaborato per alcuni punti di accesso al sistema, è stato costruito al fine di monitorare l'effettiva capacità delle aziende di disegnare i processi ed i percorsi in maniera tale da uniformare l'effettivo utilizzo dei servizi stessi, le informazioni e gli *outcome* di salute dei gruppi più svantaggiati con quelli dei gruppi più benestanti e più colti.

La promozione e la prevenzione della salute

Fa parte degli obiettivi specifici del piano anche la riduzione di eventuali disuguaglianze di accesso e qualità di cura nell'area della prevenzione. Il primo dei 12 progetti speciali su cui si è focalizzato il PSR è dedicato alla prevenzione e cura dei tumori: in particolare, la Regione si pone obiettivi specifici da raggiungere entro il 2007 sia in termini di estensione,





sia in termini di adesione degli screening della mammella, della cervice e del colon-retto. L'indicatore *B5-Estensione ed adesione agli screening oncologici* si riferisce al monitoraggio dei tre programmi di screening attivati dalle aziende sanitarie, misurando il conseguimento degli obiettivi sia per l'estensione degli inviti ai programmi, sia per la partecipazione ai programmi stessi. Per quanto riguarda la prevenzione nella sanità pubblica, particolare attenzione viene data al processo di vaccinazione, già considerato obiettivo cardine nei piani precedenti, sottolineando la necessaria estensione della copertura dei vaccini per rendere possibile l'eradicazione delle malattie. In particolare il piano fa riferimento sia ai vaccini raccomandati per l'infanzia, sia a quelli per la popolazione anziana. L'indicatore *B7-Copertura vaccinale* misura l'effettiva copertura del vaccino antinfluenzale per la popolazione anziana e del vaccino contro il morbillo, la parotite e la rosolia tra i bambini.

La partecipazione e la centralità dei pazienti

La partecipazione dei cittadini costituisce un valore fondamentale su cui si fondano i moderni sistemi sanitari. L'assistenza sanitaria è sempre più personalizzata e orientata verso il paziente, ed il paziente stesso sta diventando un soggetto attivo, anziché un semplice oggetto di cure. I pazienti devono poter partecipare al processo decisionale ed esercitare un'influenza nell'organizzazione e qualità di offerta dei servizi all'interno dei sistemi sanitari [Commissione Europea 2007]. Tra gli strumenti di governance del sistema salute, il Piano Sanitario propone anche la partecipazione dei cittadini, non solo per quanto concerne la loro soddisfazione rispetto ai servizi usufruiti – si veda il paragrafo sulla valutazione esterna –, ma anche rispetto alla verifica della funzionalità dell'offerta. Ogni paziente/cittadino, infatti, è chiamato a osservare la rispondenza dei servizi alle finalità prefissate dal sistema e agli obiettivi dei piani sanitari. L'indicatore *B10-Organizzazione del percorso assistenziale nel ricovero ospedaliero* ha lo scopo di evidenziare, attraverso le risposte dei pazienti all'indagine sulla soddisfazione sui servizi di ricovero ospedaliero, even-





tuali criticità nell'erogazione di tale servizio, sia in termini di percezione del processo, che di coordinamento. La centralità del paziente all'interno del sistema sanitario è richiamata anche dalle strategie per il controllo del dolore evidenziate in uno dei dodici progetti speciali regionali. Ciascun medico è responsabile del dolore del proprio paziente ed ogni operatore sanitario ha il dovere di prendersi cura del dolore dei pazienti: tale principio deve trovare applicazione nelle strutture ospedaliere, nel territorio e nell'assistenza domiciliare. Il progetto speciale rivolto al controllo del dolore ha come iniziativa cardine la misurazione del dolore in ogni paziente ricoverato almeno tre volte il giorno. L'indicatore *B4-Strategie per il controllo del dolore* ha lo scopo di valutare l'operato delle aziende sanitarie nella distribuzione dei farmaci oppioidi e nella misurazione del dolore al paziente, sia nel ricovero ospedaliero che nel Pronto Soccorso.

La programmazione del sistema

Il servizio sanitario toscano fonda la propria organizzazione e sostenibilità su una programmazione condivisa basata su dati e conoscenza: negli ultimi anni il livello di programmazione più marcato è stato quello di Area Vasta, come strumento di garanzia per la crescita sostenibile del sistema (PSR). La Regione, inoltre, si è posta come obiettivo la riduzione delle fughe, sia in termini extraregionali, sia tra Aree Vaste diverse: l'indicatore B12 ha, infatti, lo scopo di valutare la capacità delle AOU, da una parte di attrarre pazienti da altre regioni e, dall'altra, di ridurre le fughe tra Aree Vaste. Il sistema informativo si adegua alle esigenze della valutazione e della programmazione. In particolare, l'indicatore *B8-Tempestività di invio dei dati al Sistema Informativo Regionale* misura la capacità di tutte le aziende di inviare i dati e le informazioni comprese nei flussi informativi regionali, in maniera rapida e puntuale.

Ricerca, innovazione e sperimentazione in sanità

In un campo complesso come quello della medicina e dei servizi sanitari, la ricerca e l'innovazione hanno un ruolo





strategico sia per lo sviluppo di conoscenze scientifiche ed operative in grado di migliorare l'offerta dei servizi e l'efficacia delle cure in termini di miglioramento della salute, sia come ricadute nell'intero sistema regionale come generazione di ricchezza e motore di sviluppo economico [Frey 2006]. Il Piano Sanitario Regionale della Toscana relativo agli anni 2005-2007 prevede un'attenta e regolata programmazione dello sviluppo dei settori della ricerca, innovazione e sperimentazione in campo sanitario. Con il PSR la Regione ha approvato da una parte linee di indirizzo nel campo della ricerca, innovazione e sperimentazione, e dall'altra ha previsto delle strutture organizzative interne di supporto. L'indicatore *B15-Capacità attività della ricerca* sviluppato solo per le AOU, vuole monitorare tali aziende nella loro attività di ricerca, in termini di sperimentazioni cliniche, pubblicazioni e brevetti.

1.3. La costruzione degli indicatori e considerazioni di sintesi

La figura 1 mette in relazione le tematiche del Piano Sanitario Regionale, gli indicatori selezionati nel sistema di valutazione e gli obiettivi regionali a cui si fa riferimento.

Gli indicatori presenti in quest'area di valutazione si modificano parzialmente ogni anno in linea con le priorità indicate dalla Regione. A partire dal 2004, anno di avvio del sistema di valutazione, sono stati elaborati complessivamente 15 indicatori, di cui 13 presenti nel bersaglio di valutazione per l'anno 2006 (figura 8 a pagina 161). Alcuni indicatori – come ad esempio l'indicatore *B1-La costituzione e il funzionamento dei Centri Oncologici di Riferimento Dipartimentale* –, una volta raggiunto l'obiettivo atteso a livello regionale da tutte le aziende, sono stati sostituiti da nuovi indicatori relativi a nuovi obiettivi strategici regionali. Altro esempio è la valutazione dei tempi di attesa: nei primi anni di valutazione delle strategie regionali il sistema si è focalizzato sulla valutazione dei tempi di attesa per le principali prestazioni specialistiche; nel 2006 tutte le Aziende avevano



RIFERIMENTI PSR 2005-2007	OBIETTIVI CHIAVE REGIONALI	INDICATORI DI VALUTAZIONE
Obiettivi di salute: diritti uguali per tutti.	Appropriatezza e promozione della salute: Equità ed Universalità di accesso	<i>B9 Equità ed accesso ai servizi sanitari</i>
Progetti speciali di interesse regionale: "Visite specialistiche. Un obiettivo di qualità".	Appropriatezza e qualità delle cure: Tempestività di accesso	<i>B3 Tempi di attesa per visite specialistiche</i>
Progetti speciali di interesse regionale: "Nascere in Toscana".	Appropriatezza e qualità delle cure: percorsi assistenziali	<i>B13 Continuità assistenziale nel percorso materno infantile</i>
Progetti speciali di interesse regionale: "Le azioni per la prevenzione e la cura dei tumori". Le azioni di piano: La prevenzione. L'appropriatezza della domanda e la programmazione dell'offerta. Gli strumenti del sistema: il procedimento di programmazione ed i suoi attori; il sistema informativo e le tecnologie dell'informazione e della comunicazione.	Promozione e Prevenzione della salute	<i>B5 Estensione ed Adesione agli screening oncologici B7 Copertura vaccinale</i>
Progetti speciali di interesse regionale: "Il controllo del dolore come diritto del cittadino"; "L'appropriatezza nelle cure". "Il percorso nascita"	Programmazione del sistema	<i>B8 Tempestività di invio dati al SIR B11 Complessità (AOU) B12 Mobilità (AOU)</i>
Progetti speciali di interesse regionale: "Il controllo del dolore come diritto del cittadino"; "L'appropriatezza nelle cure". "Il percorso nascita"	Partecipazione e centralità del paziente	<i>B4 Strategie per il controllo del dolore B10 Organizzazione del ricovero ospedaliero</i>
Ricerca, innovazione, sperimentazione	Ricerca, innovazione, sperimentazione	<i>B15 Capacità attività della ricerca (AOU)</i>

FIG. 1. Il PSR e gli indicatori dell'area di valutazione delle strategie regionali



raggiunto l'obiettivo fissato dalla Regione di contenimento dei tempi di attesa entro i 15 giorni: a partire quindi dal 2007 l'indicatore *B3-Tempi di attesa per le visite specialistiche* è stato monitorato solo trimestralmente e sui tempi di attesa è stato aggiunto l'indicatore relativo ai tempi di attesa per le visite diagnostiche.

Gli indicatori relativi alla capacità di perseguimento delle strategie regionali sono eterogenei sia nelle fonti dei dati, sia nella metodologia di costruzione. La maggior parte di essi è elaborata annualmente, ad eccezione degli indicatori relativi ai tempi di attesa, i cui risultati sono calcolati mensilmente oppure ogni tre mesi.

Le fonte dei dati utilizzate per il calcolo degli indicatori descritti sono le seguenti:

- flussi sanitari regionali – si vedano ad esempio gli indicatori B11 e B12 relativi alla complessità e alla mobilità per le AOU;
- indagini telefoniche specifiche coordinate dal Laboratorio MeS, ad esempio l'indicatore B10 relativo al ricovero ospedaliero;
- indagini ad hoc, ad esempio l'indicatore B15 relativo alla capacità di ricerca;
- dati provenienti da istituti/agenzie regionali/nazionali – si veda a titolo di esempio l'indicatore B5 relativo alla valutazione degli screening oncologici, la cui fonte dei dati è rappresentata dal Rapporto Regionale sugli Screening elaborato dal Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica.

Anche gli indicatori presenti in quest'area di valutazione sono costruiti secondo la logica ad albero: la valutazione, quindi, dell'indicatore principale deriva dalla media della valutazione dei sottoindicatori. La fasce di valutazione rimangono quelle descritte nella Parte II. La performance delle aziende sui singoli indicatori viene calcolata in base al raggiungimento degli obiettivi esposti nel PSR in vigore. Le aziende, quindi, hanno una valutazione ottima (fascia di valutazione color verde scuro) se raggiungono gli obiettivi





individuati in quella sede. Per alcuni indicatori, inoltre, le fasce di valutazione sono state condivise con gli operatori del sistema: è il caso, ad esempio, della valutazione degli screening oncologici condivisa con il Centro per gli Studi di Prevenzione Oncologica Toscano. Come è possibile osservare dalla valutazione complessiva regionale del 2006, gli indicatori relativi alla valutazione delle strategie regionali si concentrano nelle tre migliori fasce di valutazione, ossia di color gialla, verde e verde scura, con diversi miglioramenti rispetto ai bersagli precedenti.

Per quanto riguarda la valutazione a livello regionale per l'anno 2006 si rilevano ottime performance per l'indicatore B3 relativo ai tempi di attesa per le visite specialistiche e l'indicatore B8 relativo, invece, alla tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo regionale. Buone anche le performance degli indicatori relativi alle strategie della prevenzione e partecipazione del paziente, come il controllo del dolore, la copertura vaccinale e la continuità assistenziale del percorso materno infantile.

Nei paragrafi successivi vengono descritti gli indicatori ed i risultati conseguiti negli ultimi anni, sia in termini regionali, sia in termini aziendali.

2. *La valutazione dei tempi di attesa (Francesca Sanna)*

2.1. *Introduzione*

Il contenimento dei tempi di attesa costituisce una delle maggiori criticità percepite dal cittadino nei confronti del sistema sanitario in quanto rappresentante la prima risposta che egli riceve – dallo stesso sistema sanitario – nel momento in cui manifesta un'esigenza di salute³. Il monitoraggio dei tempi di attesa rappresenta un indicatore di accessibilità e di

³ Progetto Mattoni SSN «Tempi di Attesa: principi e proposte operative», 2006.





rispondenza del Servizio Sanitario alle esigenze di salute del cittadino. Esso rappresenta una significativa evidenza della capacità di garantire ai cittadini condizioni di accessibilità ai servizi e, soprattutto, la tempestività di risposta che, in molti casi, può essere determinante sulle possibilità di recupero delle condizioni di buona salute. Per tale ragione, i tempi di attesa, spesso, costituiscono un catalizzatore di tensioni tra cittadini e servizi sanitari perché espressione tangibile della dicotomia tra aspettative degli utenti e reali capacità operative dei servizi stessi.

Governare le liste di attesa rappresenta, per ogni Sistema Sanitario, un banco di prova sulla sua capacità di considerare il diritto alla salute rispettando l'efficienza e l'efficacia dei servizi. Infatti, la declinazione del principio di equità impone scelte sulle prestazioni a cui dare priorità, in condizione di risorse limitate, garantendo, nello stesso tempo, l'accessibilità ai servizi, la loro tempestività e adeguatezza [Vicarelli 2006]. La problematica dei tempi di attesa è comune a larga parte dei paesi che hanno adottato un sistema di assistenza sanitaria pubblico, in cui l'allocazione delle risorse sanitarie avviene in forma «non di mercato» e senza far riferimento al «prezzo» come strumento di regolazione della domanda [Cullis, Jones, Popper 2000].

In particolare, il fenomeno è fortemente sentito in quei paesi in cui il Servizio Sanitario è a carattere universalistico-istituzionale e si basa sul prelievo fiscale e su un budget predefinito di spesa – dove i cittadini non pagano l'intero prezzo della prestazione sanitaria e non hanno, generalmente, un accesso diretto ad altri erogatori privati, cosicché le liste d'attesa rappresentano il differenziale tra domanda ed offerta sanitaria [Vicarelli 2006]. Infatti, in quei paesi in cui l'accesso ai servizi non viene regolato dal prezzo e, quindi, dalla disponibilità di pagamento dei cittadini, è il tempo che dimensiona la domanda e l'offerta [Melotti, Grilli 2004].

L'esperienza internazionale dimostra, inoltre, che il fenomeno delle liste di attesa non è governabile con soluzioni «facili», come potrebbe essere l'aumento dell'offerta di prestazioni e servizi, in quanto, laddove tale approccio è stato adottato, le liste di attesa si sono ridotte o sono scom-





parse solo per tempi brevi. All'aumento dell'offerta, infatti, si è accompagnato il successivo incremento della domanda: si veda l'esperienza del Regno Unito e degli Stati Uniti d'America, in cui si è registrato un aumento delle liste di attesa a seguito di un aumento della disponibilità di risorse e offerta di servizi⁴. Se le liste di attesa sono un problema per gli stati con sistemi sanitari universalistici, questo non significa che non sia possibile governarle ed amministrarle entro i confini di accettabilità e di compatibilità delle esigenze cliniche dei pazienti. La Corte di Giustizia europea ha inoltre confermato la diffusione del problema con una recente sentenza (causa C-372/2004), datata 16 maggio 2006, in cui si sostiene che, nel caso di liste di attesa troppo lunghe e rigide, il paziente ha diritto all'autorizzazione delle cure all'estero [Vicarelli 2006].

Una panoramica internazionale dimostra come il tema sia fortemente sentito e come gli Stati adottino strategie diverse per fronteggiare tale problematica. Da premettere che, in linea di principio, la politica di contenimento dei tempi di attesa, voluta dai paesi qui riportati, è tesa a garantire il contenimento del fenomeno tramite il rispetto del principio dell'appropriatezza clinica, ossia garantendo l'accesso ai pazienti che, effettivamente, possano beneficiare degli interventi programmati, subordinando l'ingresso in lista o, nel caso di pazienti già iscritti, il loro mantenimento nella stessa, ad una valutazione clinica di effettiva appropriatezza della prestazione. L'uso della definizione dei criteri di priorità clinica consente l'inserimento dei pazienti nella lista di attesa non indiscriminatamente, ma sulla base di una valutazione clinica di effettiva appropriatezza della prescrizione. La priorità clinica è un importante criterio di gestione delle liste di attesa, in quanto i tempi di accesso dei pazienti alle prestazioni vengono regolati sulle reali esigenze assistenziali, definite sulla base delle caratteristiche cliniche e integrate da fattori di contesto rilevanti, quali le condizioni di lavoro, le attività della vita quotidiana, ecc.

A questo proposito, in Gran Bretagna, la British Medical

⁴ Goldacre 1987 per l'esperienza del Regno Unito; McQuarrie 1983 per l'esperienza degli USA.





Association ha pubblicato nel 1998 un documento intitolato *Sistemi per la definizione dei tempi di attesa mediante punteggi secondo priorità* [Health Policy and Economy Research Unit 1998], che individua come principi per il monitoraggio delle liste di attesa il fatto che, per governarle, sia necessario individuare delle priorità cliniche, in modo tale che il sistema consenta una minore attesa a chi ha maggiore necessità; individua, inoltre, come elemento negativo, il ricorso ad un aumento dei finanziamenti per ridurre le liste – se è vero che questo determinerà una riduzione del tempo di attesa per gli utenti che si trovano nei primi posti della lista, è vero anche che per scongiurare le consuete code sono necessarie politiche più durature. Il documento avverte sulla pericolosità, per il valore della priorità clinica, della ricerca spasmodica del raggiungimento dell'obiettivo dei tempi di attesa come focus principale di politica sanitaria, in quanto sostiene che, se è vero che sia necessario un aumento dei finanziamenti e delle risorse per ridurre le liste di attesa per gli utenti che si trovano nei primi posti della lista, è necessario, altresì, operare una buona politica di bilanciamento tra domanda ed offerta, per scongiurare così il rischio di un numero molto elevato di utenti in lista. Per stabilire le classi di priorità, il documento individua cinque categorie: *emergente*, *urgente*, *breve attesa*, *attesa senza limite definito* e *programmata*. L'attesa massima senza limite definito si individua in 12 mesi, con l'obiettivo ideale di non superare i 6 mesi. Per quanto riguarda l'intervento chirurgico, si stabilisce che il tempo di attesa non possa superare i 18 mesi.

In Danimarca e in Olanda sono previsti tempi di attesa prioritizzati sulla base dei bisogni, lasciando ai professionisti la discrezionalità nell'individuare. In Olanda, infatti, i criteri sono definiti dai medici specialisti. In Danimarca, dal 2000, si sono previsti dei tempi di attesa massimi per alcune tipologie di cancro e per alcune situazioni cliniche cardiache. Nel 2001, è stato definito il tempo massimo di attesa per alcune malattie con rischio morte, prevedendo un tempo massimo di 14 giorni per una visita specialistica, 14 giorni per il trattamento e 14 giorni per le cure successive all'intervento. In Nuova Zelanda, il fenomeno delle liste di





attesa viene fronteggiato con l'individuazione di criteri di priorità cliniche che sono resi noti all'utente direttamente dal sito del ministero della salute *www.electiveservices.govt.nz*. Il sistema, ispirandosi ai criteri di trasparenza, chiarezza ed equità, rende note le linee guida per la determinazione dei criteri delle priorità cliniche non solo per l'accesso ai trattamenti chirurgici ma, anche, per l'accesso alle prestazioni diagnostiche, ritenendo fondamentale, per il governo delle liste, il coinvolgimento dei medici di medicina generale e la collaborazione continua tra questi, i medici specialisti e il cittadino.

La scelta del sistema neo-zelandese è stata quella di rendere certo il tempo di attesa per il trattamento a cui è sottoposto l'utente, distinguendolo in 3 categorie: paziente con appuntamento in tempi brevi, paziente senza appuntamento ma con trattamento garantito entro 6 mesi, paziente con trattamento non garantito entro 6 mesi. Dall'altra parte dell'oceano, anche l'esperienza canadese sottolinea l'importanza del criterio della priorità clinica come strategia di contenimento delle liste di attesa. Alla fine degli anni Novanta il progetto canadese denominato Western Canada Waiting List Project ha avuto la finalità di determinare un modello per la gestione delle liste di attesa per alcuni interventi: la chirurgia della cataratta, la chirurgia generale, la sostituzione di anca e di ginocchio, gli esami di diagnostica per immagini e servizi mentali per bambini. La missione del progetto è stata quella di migliorare l'imparzialità del sistema in modo che i cittadini canadesi accedano ai servizi sanitari sulla base del loro reale bisogno e sulla base dei criteri di priorità clinica. I criteri di priorità, così definiti dai professionisti, che devono essere resi noti agli utenti, sono sottoposti al giudizio dei cittadini tramite l'organizzazione di focus group per verificarne l'accettabilità. Precedentemente a tale progetto, era stata istituita la Rete cardiaca di cura (Cardiac Care Network) nell'area di Toronto (Ontario). Lo scopo primario del CCN è stato quello di coordinare e monitorare i pazienti che attendevano in ambulatorio per interventi di cardiocirurgia per rivascolarizzazione coronarica in dodici centri chirurgici





e centri di cateterizzazione della provincia, sulla base di uno schema standard di priorità e registrazione centrale. L'utilizzo di un centro unico di offerta ha permesso di ottimizzare l'offerta e rendere più trasparenti le liste e ha portato, come risultato, l'aver assegnato efficacemente la priorità con una riduzione degli eventi avversi e tempi di attesa ridotti [Naylor 1991].

Una parte della letteratura sottolinea che l'utilizzo dei criteri di priorità clinica come metodo per il governo delle liste di attesa non è assente da limiti, individuando problemi di natura etico-sociale al loro utilizzo se tali criteri si subordinano all'entità del beneficio ottenibile – si giustifica in questo modo la scelta canadese di subordinare i criteri di priorità clinica al parere positivo dei cittadini. A questi problemi, si aggiungono alcune limitazioni di carattere tecnico e metodologico: gli *score* di priorità devono essere testati e validati in modo tale che lo stesso paziente, anche se valutato da medici diversi, riceva uno score simile indipendentemente dal medico che lo esamina. Un ulteriore aspetto sono i fattori clinici e non utilizzati per la definizione degli score. Affinché sia scongiurato l'errore di attribuire priorità elevate ad indicazioni cliniche inappropriate, gli score di priorità devono essere validati in termini di rapporto tra priorità e appropriatezza clinica delle indicazioni.

In Italia, nella Regione Toscana, invece, i principi che hanno guidato il legislatore regionale si possono riassumere in tre concetti chiave [Rossi 2006]:

1. Miglioramento dell'efficienza del sistema.
2. Appropriatezza delle prescrizioni.
3. Responsabilizzazione dei cittadini.

In primo luogo, si vuole perseguire l'efficienza del sistema organizzando l'offerta delle prestazioni sanitarie in maniera meno dispersiva possibile. Fondamentale è stata l'istituzione di sistemi di prenotazioni unificati, i Centri Unici di Prenotazione (CUP), con funzioni di coordinamento, che costituiscono una rete integrata di servizi. I CUP sono centri informatizzati capaci





di controllare la disponibilità delle prestazioni nei diversi ambulatori e laboratori presenti nelle aziende sanitarie locali e di indicare all'utente il presidio in grado di fornire la prestazione nel tempo più breve. In Toscana l'apertura del CUP per quanto riguarda le strutture eroganti è garantita: dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 18 ed il sabato mattina nel 46% dei casi; dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 18 per il 31%; con copertura quotidiana di mezza giornata, dal lunedì al venerdì, per il 23%.

Al cittadino è data la possibilità di prenotare la prestazione specialistica anche presso le farmacie, che divengono, in questo modo, forme integrate di accesso al servizio – dunque non solo meri luoghi di distribuzione di farmaci, ma poli multi-servizi. È di recente approvazione – 30 marzo 2007 –, l'accordo tra Regione Toscana, URTOFAR (Unione regionale Toscana delle farmacie private) e CISPEL (Confederazione italiana servizi pubblici enti locali) per lo sviluppo e l'integrazione delle farmacie pubbliche e private convenzionate con il Servizio Sanitario Regionale⁵. L'accordo connota la farmacia come luogo di offerta delle prestazioni sanitarie prevedendo, al punto 1, che le «Asl provvederanno a fornire gratuitamente a tutte le farmacie convenzionate il collegamento al Centro Unico di Prenotazione (CUP) per via telematica e le farmacie potranno prenotare le prestazioni e riscuotere le quote di compartecipazione a carico del cittadino». A questo si aggiunge il fatto che, la delibera della Giunta Regionale n. 143 del 2006 ha previsto l'integrazione dei Centri Unici di prenotazione delle Aziende Ospedaliero-Universitarie con le Aziende Sanitarie Locali gravanti sullo stesso territorio (AUSL 5-AOUP; AUSL 7-Aous e AUSL 10-AOUC⁶).

La riorganizzazione complessiva della rete CUP ha

⁵ Gli obiettivi sono entrati a regime il 31 dicembre 2007.

⁶ DGR 143/2006 lett.c: «I CUP delle Aziende ospedaliero-universitarie devono essere integrati con i CUP delle

Aziende Unità sanitarie locali sui cui insistono, costituendo ai fini del presente atto un unico punto di offerta; ove questo non sia ancora operativo, il CUP della Azienda ospedaliero-universitaria dovrà, comunque, informare l'utente delle disponibilità della prestazione richiesta presenti nel territorio della Azienda unità sanitaria locale».





favorito la valutazione della domanda tramite un monitoraggio quali-quantitativo costante; ha permesso la gestione dell'offerta attraverso la rimodulazione della stessa; ha consentito una maggiore trasparenza delle liste di attesa tramite la visibilità e l'accessibilità. I CUP presuppongono, infatti, che il lavoro degli operatori sanitari sia specificamente pianificato in modo da programmare e rendere trasparente per l'utente la capacità di erogazione del sistema. Si sottolinea, inoltre, che non è consentito alle aziende sanitarie la chiusura dell'agenda di prenotazione in virtù del principio che deve essere assicurata una pronta risposta alle esigenze di salute del cittadino. In secondo luogo, l'appropriatezza delle prestazioni, ovvero il fornire una giusta risposta in tempi brevi, presuppone il coinvolgimento del medico di medicina generale, il cui ruolo non si deve ridurre al soddisfacimento della richiesta del paziente, ma deve garantire l'appropriatezza delle prestazioni.

Per ultimo, ma non meno importante, il principio della responsabilizzazione dei cittadini. È necessario che il cittadino sia cosciente del valore di ogni singola prestazione per il sistema e per l'utente stesso, affinché non adotti comportamenti in grado di produrre sprechi [Turco 2006]; il cosiddetto fenomeno droup-out, la mancata presentazione all'appuntamento per la scelta di un altro erogatore per la prestazione, o per la cessazione del problema di salute, a cui non consegue la comunicazione presso la struttura in cui si è effettuata la prima prenotazione [Mariotti 2006].

Il coinvolgimento dei cittadini presuppone un processo di informazione e comunicazione con gli organismi sanitari deputati al governo delle liste di attesa. La delibera G.R. 143/2006 introduce una sorta di corresponsabilità del cittadino e dell'Azienda sanitaria al rispetto dei tempi di attesa. Nel caso in cui l'AUSL non renda disponibile la visita specialistica entro il tempo massimo di 15 giorni in almeno uno dei presidi o punti di erogazione costituenti l'offerta complessiva, all'utente sarà riconosciuto da parte dell'AUSL un risarcimento economico di 25 euro. Il rifiuto della prenotazione proposta entro il tempo previsto per una diversa scelta del luogo, della data e/o del professionista,





libera l'Azienda da tale onere risarcitorio. Si prevede inoltre che quando l'utente, dopo aver prenotato ed accettato la prestazione specialistica o diagnostico-strumentale compresa nel Nomenclatore Tariffario Regionale – indipendentemente dal tempo di attesa previsto –, non si presenta alla visita, senza preannunciare la rinuncia o l'impossibilità di fruire della prestazione entro 48 ore prima della data prenotata, deve versare la quota di compartecipazione al costo della prestazione, se non esente.

In seguito, con la delibera della Giunta Regionale 440/2006 *Disposizioni in materia di erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche. Integrazione e proroga termini di applicazione per: Azienda USL 8 di Arezzo, Azienda USL 11 di Empoli, Azienda USL 10 di Firenze e Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer*, la Regione Toscana ha stabilito che l'utente non può godere del bonus, ossia del diritto al risarcimento economico da parte dell' AUSL, per più di una volta, per la stessa visita specialistica, in un arco temporale di tre mesi. Inoltre, nel caso in cui non abbia provveduto a disdire un appuntamento o non abbia ritirato un referto, non potrà usufruire del bonus per una delle sette visite successive per un arco temporale di 6 mesi successivi alla data in cui l'utente non ottempera al proprio dovere.

2.2. La normativa Nazionale di riferimento

È dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale – L. 23 dicembre 1978 n. 833 –, che il legislatore nazionale provvede al contenimento dei tempi di attesa prevedendo, all'articolo 25 (commi 8-10) che «[...]L'utente può accedere agli ambulatori e strutture convenzionati per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio per le quali, nel termine di tre giorni, le strutture pubbliche non siano in grado di soddisfare la richiesta di accesso alle prestazioni stesse...». Inoltre «Le unità sanitarie locali attuano misure idonee a garantire che le prestazioni urgenti siano erogate con priorità nell'ambito delle loro strutture». Anche se era circoscritta a quelle prestazioni per le quali le aziende sanitarie erano convenzionate con una





o più strutture sanitarie private, e pur se aveva come condizione che il cittadino possedesse l'autorizzazione dell'USL di competenza – il cui rilascio era subordinato al fatto che l'unità sanitaria locale non potesse erogare la prestazione nel termine di 3 giorni – la legge rappresenta un primo tentativo di dare risposta al fenomeno delle liste di attesa.

Da questo momento, il nostro legislatore nazionale ha emanato una serie di norme al fine di contenere i tempi di attesa: dal decreto legge 26 novembre 1981, n. 687, art. 3, 3° comma, convertito con modificazioni nella legge 26 gennaio 1982 n. 12 – che fissava il limite di 3 giorni di attesa per accedere alle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio –, fino alla legge 67/88 che, all'art. 19, ha prolungato tale limite a 4 giorni.

In seguito, il PSN per il triennio 1994-1996 ha portato il tempo di attesa a 5 giorni per gli accertamenti di diagnostica per immagini, e a 7 giorni per le visite specialistiche. La responsabilizzazione delle Regioni sul tema delle liste di attesa si presenta con il decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124 intitolato *Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della Legge 27 dicembre 1997, n. 449*. Questo decreto, all'art. 3, commi 10 e 15, prevede una serie di obblighi per le Regioni e le Aziende sanitarie e correla ciascun adempimento con l'indicazione dei termini e delle sanzioni per l'eventuale inosservanza.

In seguito, il PSN 1998-2000 richiama la necessità di adottare significativi interventi per abbattere le liste di attesa, anche tramite linee guida cliniche o protocolli diagnostico-terapeutici. Inoltre, in attuazione del Piano, la riduzione dei tempi di attesa diviene un obiettivo di rilievo prioritario e di interesse nazionale, ai sensi dell' articolo 1, commi 34 e 34-bis della legge n. 662/96. Nel dicembre del 2000, con DM 28 dicembre 2000, il ministero della sanità ha istituito la *Commissione per la formulazione di proposte operative e lo studio delle problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa*, la cui relazione finale è stata presentata nel maggio 2001 [Ministero della Sanità 2001].

Dal 2000 ad oggi, il tema delle liste di attesa trova una





collocazione specifica e rilevante nell'ambito della definizione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), in quanto il D.Lgs. 229/99 sul riordino del SSN e il provvedimento di *Definizione dei LEA* adottato con il DPCM 29 novembre 2001, pongono la necessità di chiarire non solo quali prestazioni il SSN deve erogare ai cittadini, ma, anche, con quali caratteristiche – sicurezza, qualità, tempestività. Le riflessioni sui LEA e sui tempi di attesa portano all'adozione, in rapida successione, di due importanti Accordi (14 febbraio 2002 e 11 luglio 2002), sanciti nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato e Regioni e Province Autonome. La riduzione dei tempi di attesa diventa, nel PSN 2003-05, una modalità per l'attuazione dei LEA ed una priorità strategica. L'orientamento è quello di definire l'equilibrio fra la complessità e l'urgenza delle prestazioni ed i tempi di erogazione delle stesse, ed in questo senso c'è una chiara indicazione sulle priorità per l'accesso alle prestazioni. Ancora, nell'ultimo PSN 2006-2008, vi è una conferma degli indirizzi già presenti nelle normative precedentemente citate, con una sottolineatura in merito all'appropriatezza, alla diffusione dei Centri Unici di Prenotazione (CUP), all'utilizzo sistematico delle priorità per l'accesso.

Infine, la legge finanziaria 2006⁷ affronta il tema dei tempi e delle liste di attesa con disposizioni vincolanti ed indirizzi per il successivo Piano Nazionale per il contenimento dei Tempi di Attesa – approvato in sede di Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 28 marzo 2006. Secondo un'indagine Istat, pubblicata nel 2002, in Italia, per l'erogazione di una visita specialistica erano necessarie più di due settimane per una media del 17,3% dei pazienti; il valore saliva al 28,8% per gli ospedali pubblici – 26,2% per i pazienti privati visitati in questi ospedali. Negli ospedali privati la proporzione scendeva al 17,7% per le prestazioni accreditate e al 9,6% per quelle private. Tra le diverse specialità mediche, i pazienti che aspettavano più a lungo erano quelli che richiedevano la visita oculistica, seguiti dalle visite cardiologiche, dermatologiche, ortopediche ed urologiche [ISTAT 2002].

⁷ Legge 23 dicembre 2005 n. 266, art 1c.283, 284, 288, 289, 309.





2.3. *La metodologia di indagine*

Il legislatore toscano aveva individuato, tra gli obiettivi prioritari, la riduzione delle liste di attesa già nel Piano Sanitario 2001-2002. Successivamente, nel Piano Sanitario 2002-2004, la Regione aveva previsto sei classi di priorità, ridotte a quattro nella DGR n. 887 del 2003, che ricalcano, sostanzialmente, quelle previste dall'Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002. Tale accordo prevede standard di attesa che devono esser garantiti su tutto il territorio italiano per alcune prestazioni ambulatoriali e di ricovero di particolare rilevanza, ed individua quattro⁸ classi di priorità per il ricovero e tre per le prestazioni ambulatoriali sulla base dell'intensità del dolore, della disabilità, del livello di influenza sulla prognosi.

Il Piano Sanitario Regione Toscana 2005-2007 prevede il contenimento dei tempi di attesa per l'erogazione di sette prestazioni specialistiche sanitarie – ginecologia, cardiologia, oculistica, otorinolaringoiatria, dermatologia, ortopedia e neurologia – in un tempo massimo di 15 giorni. La Regione Toscana, monitorava le liste di attesa tramite i dati inviati direttamente dalle Aziende Sanitarie. Nel 2005 ha conferito mandato al *Laboratorio Management e Sanità* per la necessità di un organismo terzo, *super partes*.

L'indicatore dei tempi di attesa è monitorato dal Laboratorio Management e Sanità tramite un'indagine «ad hoc». Le prestazioni sanitarie sottoposte all'indagine sono le stesse nell'anno 2005 e 2006: ginecologia, oculistica, dermatologia, ortopedia, otorinolaringoiatria, neurologia e cardiologia, erogate da parte delle Aziende Sanitarie Locali e dalle Aziende Ospedaliero-Universitarie. Ogni mese, i ricercatori, in veste di utenti, hanno effettuato una telefonata in ogni Centro Unico di Prenotazione (CUP)⁹ oggetto di indagine, per richiedere

⁸ L'accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002 fa riferimento a: iter diagnostico del paziente con sospetta neoplasia, RMN, TAC cerebrale, ecodoppler, visita cardiologica, visita oculistica, esofagogastroduodenoscopia, ecografia dell'addome. Per i ricoveri, assumono rilevanza nazionale l'intervento per cataratta, di protesi d'anca, e la coronarografia.

⁹ Sono integrati i CUP: AUSL 5-AOUP; AUSL 10-AOUC; AUSL 7- AOUS.





un appuntamento per una prima visita per ciascuna delle 7 specialità previste dal PSR 2005-2007. Il ricercatore, oltre alla data relativa alla prima visita, ha verificato la seconda disponibilità così da confrontare i tempi intercorrenti tra le due date disponibili. La telefonata non comportava la prenotazione della prestazione risolvendosi in una mera richiesta di informazioni. La metodologia dell'«utente misterioso», come tecnica di osservazione, ha consentito ai ricercatori di reperire le informazioni in modo puntuale, in tempi brevi e con costi relativamente bassi.

La rapidità e la sicurezza della fonte del dato non sono state le uniche motivazioni che hanno portato alla scelta di tale metodologia. Il calarsi nella veste di utenti ha consentito, ai ricercatori del laboratorio MeS, non solo il mero reperimento del dato, ma anche l'acquisizione di una serie di elementi non rilevabili in altro modo che, pur non essendo oggetto di valutazione, hanno consentito di osservare le modalità di comunicazione degli operatori del CUP e l'organizzazione del servizio; queste informazioni sono state rese note alle direzioni sanitarie aziendali. Tale modalità di indagine ha consentito al ricercatore di constatare, in prima persona, sia il tempo di attesa dell'utente al telefono prima che l'operatore CUP rispondesse alla chiamata, sia le difficoltà incontrate dall'utente – nel caso di CUP non integrati di una stessa Azienda sanitaria –, per l'ottenimento dell'informazione. È stato inoltre possibile verificare se l'operatore telefonico forniva informazioni puntuali in merito alla visita specialistica richiesta, così come la cortesia e la disponibilità nel fornire una pronta risposta alle richieste del paziente. I risultati emersi sono stati confrontati sistematicamente con i dati forniti dalle AUSL. I casi in cui il dato relativo ai giorni di attesa è risultato differente rispetto a quello fornito dalle aziende sono stati estremamente rari e dovuti alla diversa metodologia di analisi.



2.4.I risultati dell'indagine

L'indagine, relativamente all'anno 2006¹⁰, ha rilevato una capacità di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali entro 15 giorni in circa l'81% dei casi.

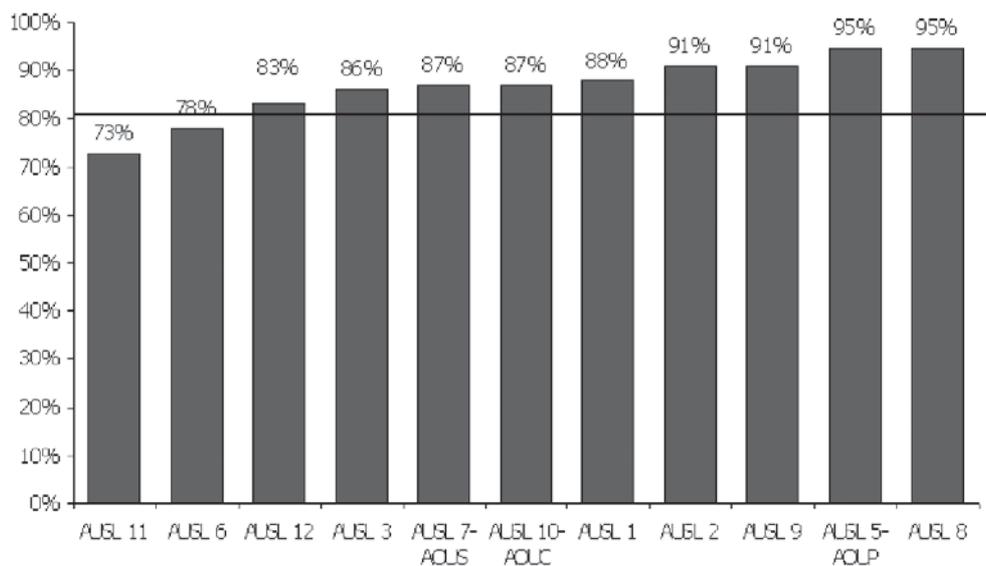


FIG. 2. Raggiungimento obiettivo regionale per Azienda- anno 2006

I colori dell'istogramma rappresentano la capacità dell'Azienda di raggiungere l'obiettivo regionale: il colore verde scuro è identificativo della capacità di erogazione della prestazione sanitaria entro 15 giorni; il colore verde chiaro rappresenta un'attesa del cittadino compresa tra i 16 e i 22 giorni; il colore giallo identifica un tempo di attesa tra i 23 e i 29 giorni; il colore arancione rappresenta una capacità di erogazione della prestazione sanitaria tra i 30 e i 36 giorni di attesa. Il colore rosso è quello che viene attribuito qualora il tempo di attesa sia superiore ai 36 giorni. La percentuale di raggiungimento dell'obiettivo regionale per ogni Azienda sanitaria è calcolato sulla base di quante visite specialistiche ambulatoriali sono erogate entro 15 giorni. La percentuale

¹⁰ La rilevazione è stata effettuata durante l'anno 2006 con esclusione del mese di agosto.



di raggiungimento dell'obiettivo regionale per ogni specialità ambulatoriale è calcolata in base alla proporzione del numero di visite specialistiche erogate in 15 giorni sul totale delle Aziende Sanitarie.

Dalla figura 2 si evince una buona capacità delle Aziende Sanitarie Toscane di rispettare l'indicazione regionale. In particolare, spiccano i risultati ottenuti dall'AUSL 8 di Arezzo (95%) e dall'AUSL 5-AOUP di Pisa (94%), che dimostrano un'ottima capacità nell'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali in 15 giorni. Considerazioni a parte, merita il risultato dell'AUSL 11 di Empoli (73%) che aderisce al progetto Mattoni *Tempi di attesa* del Ministero della Salute dall'anno 2005¹¹ – la prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriale avviene tramite codici colore che rappresentano le differenti classe di priorità. Il dato della AUSL 4 di Prato è parziale perché si riferisce al periodo Gennaio-Aprile 2006, non essendo stata possibile la rilevazione nei mesi successivi; quest'Azienda, infatti, ha adottato un sistema di classificazione delle prime visite da parte dei medici di famiglia in base all'urgenza, garantendo ai cittadini i 15 giorni di attesa previsti solo per le visite definite «urgenti».

La performance del 2006 è ancora più significativa se si confronta con i risultati dell'indagine svolta dal Laboratorio MeS nell'anno 2005¹², in cui la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo regionale si attestava su una capacità media del 68%, dimostrando un miglioramento del 13%, come si può osservare dal grafico che segue.

Se si esaminano i risultati relativi alle singole specialità ambulatoriali per l'anno 2006, come evidenziato nella figura che segue, la specialità più virtuosa risulta essere la ginecologia, con un raggiungimento dell'obiettivo regionale nell'87% dei casi, a cui seguono la neurologia e l'otorinolaringoiatria,

¹¹ Progetto Mattone *Tempi di attesa. Principi generali e prime proposte operative*. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali.

¹² La rilevazione è stata effettuata durante l'anno 2005 con esclusione del mese di agosto.



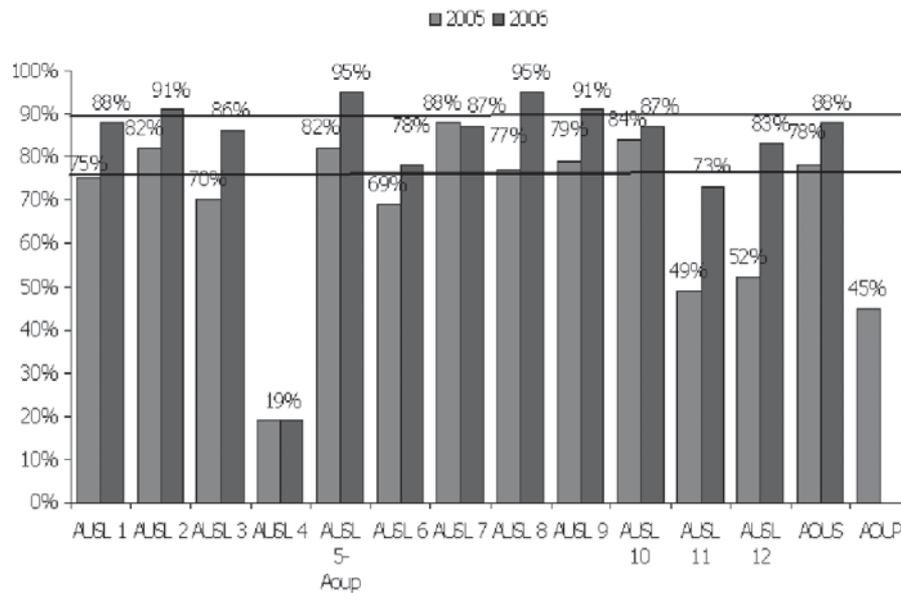


FIG. 3. Raggiungimento obiettivo regionale per Azienda: confronto anno 2005-2006

erogate entro i 15 giorni per l'86%. L'oculistica e l'ortopedia riportano le percentuali più basse.

Nel mese di giugno 2006 è entrata in vigore la delibera della G.R. n. 143 del 27 febbraio 2006, intitolata *Disposizioni in materia di prestazioni sanitarie specialistiche*, che ha istituito l'impegno delle Aziende Sanitarie a rispettare il diritto dell'utente a ricevere le prestazioni sanitarie relative a sette specialità ambulatoriali previste dalla DGRT 887/2003 – ginecologia, cardiologia, oculistica, otorinolaringoiatria,

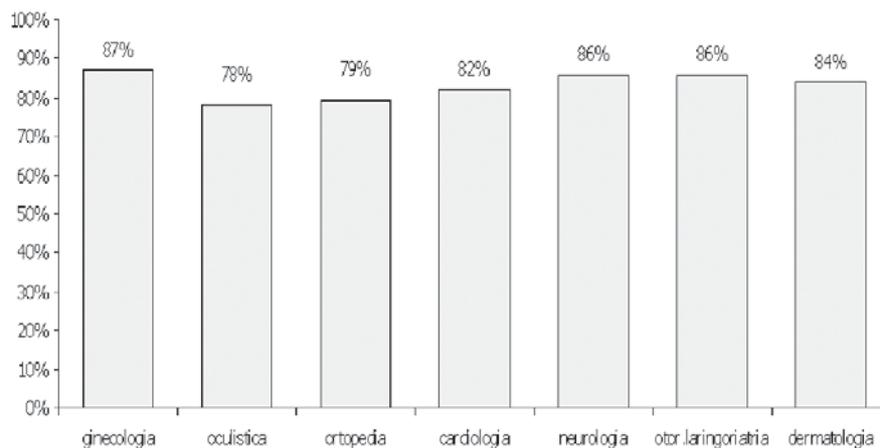


FIG. 4. Raggiungimento obiettivo regionale per specialità - anno 2006





dermatologia, ortopedia e neurologia – in un tempo massimo di 15 giorni, come da Piano Sanitario regionale 2005-2007, indipendentemente dalla specifica residenza distrettuale ed in almeno un punto di offerta dell’Azienda sanitaria. L’entrata in vigore della delibera G.R. 143/2006 ha determinato un netto miglioramento nei tempi di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Nel mese di giugno, infatti, si evidenzia un miglioramento nell’erogazione delle prestazioni entro 15 giorni, passando da un 67% del mese di maggio ad un 82% nel mese di giugno. Tale percentuale è migliorata nei mesi successivi fino a registrare una performance nel mese di ottobre pari al 99%. Nel 2007 oggetto di indagine sono state anche le prestazioni sanitarie di diagnostica strumentale previste nella delibera numero 867 del 20 novembre 2006, che stabilisce il diritto dell’utente ad effettuare entro il tempo massimo di 30 giorni le prestazioni di diagnostica strumentale oggetto della delibera stessa.

Il fenomeno delle liste di attesa è complesso e richiede che in un’Azienda sanitaria la dimensione clinica e quella organizzativa siano affrontate congiuntamente. Si tratta, infatti, di porre in modo contestuale il problema della regolazione dell’offerta con quello del controllo della domanda. L’agire sulla domanda tramite criteri di accesso e la responsabilizzazione dei cittadini deve essere seguita dalla costruzione di condizioni organizzative che rendano possibile l’applicazione di tali criteri nella pratica. Nello stesso modo sistemi di regolazione dell’offerta non possono prescindere dall’analisi e conoscenza delle condizioni cliniche degli utenti che accedono al servizio.

I risultati conseguiti non esauriscono il lavoro, in quanto la sfida al contenimento dei tempi di attesa è un impegno costante che richiede il coinvolgimento di tutti i principali protagonisti del sistema sanitario, dagli amministratori del sistema, alle aziende, passando per gli operatori sanitari e i cittadini stessi, con le loro associazioni di tutela.





3. La valutazione delle attività di prevenzione (Sara Barsanti)

3.1. Introduzione

Le attività di tutela della salute possono essere distinte in due vaste aree, la prevenzione e la medicina clinica. Esse si differenziano per tipo di attività, tempistica di intervento nella storia della malattia e oggetto dell'intervento.

Nella medicina di prevenzione si comprendono gli interventi di prevenzione vera e propria¹³ e di promozione¹⁴ della salute, che si attuano in assenza di malattia e comunque quando la malattia non si è instaurata, nei confronti sia di singoli soggetti che di intere comunità. La medicina clinica, invece, si occupa di interventi di diagnosi, di cura, di riabilitazione, di assistenza terminale – interventi tutti che si attuano dopo l'instaurarsi della malattia e che interessano di volta in volta singoli soggetti [Comodo 2002]. In particolare, la prevenzione si distingue in tre momenti fondamentali, come mostra la seguente figura.

PREVENZIONE
PRIMARIA
ridurre la comparsa di nuovi casi di una malattia
SECONDARIA
ridurre la frequenza dei casi esistenti di una malattia
TERZIARIA
ridurre la gravità di una malattia che non può essere guarita

FIG. 5. Le attività di prevenzione

¹³ Con il termine «prevenzione» si intendono tutti quegli atti finalizzati a eradicare o a eliminare le malattie e le disabilità o a minimizzare il loro impatto [J.M. Last, *Dizionario di Epidemiologia*].

¹⁴ Con il termine «promozione della salute» si intende il coinvolgimento consapevole e responsabile del cittadino per il miglioramento della propria salute, favorendo scelte utili al massimo potenziamento della salute del singolo e della collettività.





Attualmente esiste in tutti i sistemi sanitari un forte squilibrio tra le risorse dedicate alla medicina preventiva e quelle destinate invece alla clinica, con un rilevante impegno a favore della seconda. Un'attenzione maggiore verso la prevenzione permetterebbe un miglioramento della qualità della vita, con vantaggi economici che fornirebbero la possibilità di rispondere a bisogni ignorati fino ad oggi, con un miglioramento della qualità di vita misurabile in termini di diminuzione di invalidità, di malattia, di morte [Comodo 2002]. I sistemi sanitari vengono infatti criticati spesso in quanto focalizzati solo sulle cure per malattie e non abbastanza sulla prevenzione delle patologie. Nei paesi OECD in media solo il 3% delle spese sanitarie si riferisce alla prevenzione ed ai programmi di sanità pubblica. Un focus maggiore sulla prevenzione potrebbe migliorare lo stato di salute della popolazione ed al contempo ridurre la pressione sui sistemi sanitari. Nel considerare un'attività di prevenzione è necessario implementare sistemi di monitoraggio e valutazione dello stesso intervento, in modo da essere in grado di misurare la qualità della strategia in termini di efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità dell'intervento. Tale monitoraggio deve essere sviluppato attraverso indicatori di risultato, capaci di evidenziare le criticità e i possibili margini di miglioramento a livello internazionale. Un possibile set di indicatori sulla qualità degli interventi di prevenzione della salute [Marshall *et al.* 2004] può essere costituito dalle seguenti misure:

- indicatori relativi agli screening durante la gestazione e la maternità, come ad esempio lo screening per l'anemia o per l'Hiv, il tasso di neonati con basso peso alla nascita, ecc.;
- indicatori relativi agli screening oncologici, come ad esempio gli screening mammografici e per la cervice uterina;
- indicatori relativi alle vaccinazioni, come ad esempio le vaccinazioni per alcuni gruppi di popolazione ad alto rischio.

Analizzando alcuni sistemi di valutazione delle perfor-



mance sanitarie, gli indicatori relativi alle vaccinazione per i neonati e per gli anziani e agli screening oncologici sono i più diffusi [OECD 2001]. La tabella seguente mostra quali possibili indicatori di prevenzione sono attualmente misurati in alcuni sistemi di valutazione delle performance.

TAB. 1. *Gli indicatori di prevenzione nei sistemi internazionali di valutazione della performance.*

Indicatori	OECD	UK	USA	Canada
Copertura vaccinale neonati	☑	☑	☑	☑ ¹
Copertura vaccinale anziani	☑	☑	☑ ²	
Screening mammografico	☑	☑	☑	☑
Screening cervice uterina	☑	☑	☑	
Altri indicatori	☑	☑	☑	☑

Fonte: adattata da OECD 2001

Gli indicatori relativi alle attività di prevenzione utilizzati dall'*Healthcare Commission del National Health System Score* del Regno Unito sono inseriti all'interno dell'area di valutazione relativa ai servizi delle cure primarie e sono considerati obiettivi strategici in termini di miglioramento di salute della popolazione. Facendo riferimento al report realizzato per i Trust inglesi nell'anno 2005, tre sono gli indicatori di prevenzione utilizzati:

¹ La copertura vaccinale per i neonati e gli screening mammografici vengono considerati come performance nella valutazione della provincia canadese di Alberta.

² La copertura vaccinale per gli anziani viene considerata come performance dal sistema di valutazione del Commonwealth Fund.

1. gli screening della cervice uterina;
2. la copertura vaccinale antinfluenzale;
3. la copertura vaccinale per morbillo, parotite e rosolia.

In particolare l'indicatore relativo agli screening per la cervice uterina considera la percentuale di donne che hanno effettuato tale screening in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. L'indicatore risulta essere costruito nel seguente modo:

- *numeratore*: numero di donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni che hanno effettuato uno screening negli ultimi 5 anni;
- *denominatore*: numero di donne eleggibili per il programma di screening.

La valutazione è assegnata a ciascun *trust* attraverso delle fasce di valutazione costruite sui criteri esposti in tabella.

TAB. 2. *La valutazione degli screening del NHS*

Fascia di valutazione	Performance	Percentuale di copertura
1.	Scarsa	$\leq 75\%$
3.	Media	75%-80%
5.	Ottima	$\geq 80\%$

Fonte: National Health System, 2006.

Per quanto riguarda invece la copertura vaccinale, il sistema di valutazione del *National Health System* considera la percentuale di anziani con età maggiore di 65 anni che hanno ricevuto la vaccinazione antinfluenzale. L'indicatore risulta costruito in questo modo:

- *numeratore*: popolazione di età superiore ai 65 anni che ha ricevuto la vaccinazione antinfluenzale;
- *denominatore*: popolazione di età superiore ai 65 anni presa in carica da un medico di famiglia.

Le fasce di valutazione sono descritte nella tabella seguente.



TAB. 3. *La valutazione dei vaccini anti-influenzale del NHS*

Fascia di valutazione	Performance	Percentuale di copertura
1.	Scarsa	$\leq 65\%$
3.	Media	65%-70%
5.	Ottima	$\geq 70\%$

Fonte: National Health System, 2006.

Infine l'indicatore relativo alla copertura vaccinale per morbillo, parotite e rosolia (MPR) è sviluppato secondo questa formula:

- *numeratore*: numero di bambini che hanno ricevuto il vaccino per MPR dal secondo anno di vita;
- *denominatore*: numero di bambini di età inferiore ai due anni presi in carica da un pediatra.

Le fasce di valutazione sono riportate in tabella.

TAB. 4. *La valutazione dei vaccini MPR del NHS*

Fascia di valutazione	Performance	Percentuale di copertura
1.	Scarsa	$\leq 60\%$
2.		60%-70%
3.	Media	70%-80%
4.		80%-90%
5.	Ottima	$\geq 90\%$

Fonte: National Health System, 2006.

Ad esempio il *trust* di Cambridge City PCT, per gli indicatori sulla prevenzione nel 2005 ha riportato il punteggio riportato in tabella.

