

I QUADERNI DI

monitor

→ Elementi di analisi e osservazione del sistema salute



I SISTEMI DI VALUTAZIONE DEI SERVIZI SANITARI

Quaderno di Monitor n. I

**Elementi di analisi
e osservazione
del sistema salute**

Trimestrale dell'Agencia Nazionale
per i servizi sanitari regionali

Anno VII Numero 20 2008

Direttore

Aldo Ancona

Direttore responsabile

Chiara Micali Baratelli

Comitato scientifico

Coordinatore: Gianfranco Gensini

Componenti: Anna Banchemo,

Antonio Battista, Norberto Cau,

Francesco Di Stanislao, Nerina Dirindin,

Gianluca Fiorentini, Elena Granaglia,

Roberto Grilli, Elio Guzzanti, Carlo Liva,

Sabina Nuti, Francesco Ripa di Meana,

Federico Spandonaro, Francesco Taroni

Editore

Agencia nazionale

per i servizi sanitari regionali

Via Puglie, 23 - 00187 ROMA

Tel. 06.427491

www.assr.it

**Progetto grafico, editing
e impaginazione**



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via V. Carpaccio, 18

00147 Roma

Stampa

Cecom

Bracigliano (Sa)

Registrazione

presso il Tribunale di Roma

n. 560 del 15.10.2002

Finito di stampare

nel mese di maggio 2008

I SISTEMI DI VALUTAZIONE DEI SERVIZI SANITARI

Introduzione	
<i>A. Ancona</i>	4
I sistemi di valutazione in ambito internazionale	
Schede: Canada (Ontario) - Inghilterra - Olanda - Spagna (Valencia)	6
Abruzzo	
“MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DEI SERVIZI SANITARI IN ABRUZZO”	
<i>G. Casati, E. Di Ghionno, F. Di Vincenzo, M. Ricci, Gruppo Regionale BSC. F. Di Stanislao</i>	15
Friuli Venezia-Giulia	
“VALUTAZIONE E PERFORMANCE IN REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA”	
<i>G. Simon</i>	58
Lombardia	
LA VALUTAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE NELL’ESPERIENZA DELLA REGIONE LOMBARDIA	
<i>C. Zocchetti, L. Luzzi, L. Merlino</i>	64
Piemonte	
LA VALUTAZIONE NEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE IN PIEMONTE	
<i>G. Costa, M. Pia</i>	81
Toscana	
LA VALUTAZIONE COME METODO DI LAVORO: IL SISTEMA ADOTTATO DALLA REGIONE TOSCANA	
<i>S. Nuti</i>	87
Veneto	
VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE	
<i>G. Ruscitti, F.A. Compostella, C. Bon, E. Perri, S. Vigna</i>	109
Umbria	
VALUTAZIONE DEGLI ESITI E GOVERNO DELLA CONDIVISIONE	
<i>C. Romagnoli, F. Carinci, F. Stracci</i>	131
APPENDICE METODOLOGICA	
<i>C. Cislaghi, M. Braga</i>	147

INTRODUZIONE

di Aldo Ancona

Direttore – Age.na.s. Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

4

Il Servizio sanitario nazionale è un sistema fondato su due elementi cardine: la **Programmazione** e la **Valutazione**.

Quest'affermazione di principio, benché sia desumibile da tutta la normativa che negli ultimi trenta anni ha disciplinato l'intero ordinamento del Ssn, ha trovato in realtà maggiore applicazione sul versante della programmazione piuttosto che su quello della valutazione.

È evidente, invece, come le due funzioni debbano essere tra loro strettamente correlate, poiché gli indirizzi programmatori non possono non scaturire da un'analisi e da una valutazione dei bisogni e della organizzazione dell'offerta.

In realtà, l'evoluzione delle norme e delle Intese Stato-Regioni, in tutti questi anni, ha preso in considerazione prevalentemente, se non esclusivamente, la valutazione intesa come analisi dell'operato dei Direttori Generali, talvolta come operazione di verifica amministrativa, spesso come strumento per accertare le condizioni di equilibrio economico.

In altre parole, è stata sin qui privilegiata un'impostazione di carattere generale che ha dato la prevalenza ad una valutazione di carattere procedurale-amministrativo che preveda molti controlli sugli adempimenti dei soggetti preposti al governo della sanità, molte verifiche sulla spesa; poco è stato, viceversa, codificato in tema di esiti delle cure, di efficienza e performance del sistema, di verifica delle criticità di funzionamento del sistema, sia a livello nazionale che regionale.

D'altra parte, dobbiamo anche rilevare che, lad-

dove si è dato avvio alla sperimentazione di processi valutativi, si è trattato di esperienze caratterizzate da scarsa circolarità delle informazioni e da scarsa, se non nulla, condivisione allargata degli strumenti e dei metodi utilizzati.

Nel considerare le esperienze realizzate, bisogna tuttavia riconoscere che è comprensibile la difficoltà ad attivare processi valutativi diffusi dal momento che la funzione di valutazione è strettamente connessa a quella di controllo, e proprio su questo tema si sono verificati i maggiori conflitti tra i due livelli istituzionali di governo del sistema: Stato e Regioni.

Per modificare questo stato di cose, il Patto per la Salute - sottoscritto il 28 settembre 2006 - nella logica di favorire percorsi condivisi tra governo e Regioni, introduceva il concetto di "autovalutazione" da parte delle Regioni della qualità dell'assistenza erogata, indicando la necessità che "*il livello centrale (sia ministeriale che del coordinamento interregionale) svolga non solo una funzione di verifica ma, per le regioni che lo richiedano o comunque per quelle impegnate nei piani di rientro, anche di supporto, servizio e affiancamento finalizzati ad una autovalutazione della qualità dell'assistenza erogata*".

Nel Patto per la Salute si afferma quindi, in forma innovativa, un ruolo nazionale delle Regioni attraverso un loro forte coordinamento e una sussidiarietà a sostegno delle realtà con maggiori criticità.

La valutazione, d'altro canto, assume in questa accezione solo in parte connotati tecnico-scientifici, un campo nel quale gli eventuali contrasti so-

no comunque sempre risolvibili, una volta superate le “diffidenze” reciproche tra gli apparati tecnici regionali e interprofessionali. La valutazione diventa, in questo caso, il terreno su cui, più di ogni altro, si incontrano la tecnica e la politica; non esiste un processo di valutazione avulso dal contesto politico ed esso non è tale se non prevede al suo compimento l’attivazione di una decisione e, se la valutazione è orientata a un processo decisionale, sarà comunque quest’ultimo che ne comanderà i contenuti.

Da questo punto di vista la valutazione può apparire anche scomoda, al punto da farci chiedere se valutare sia davvero un obiettivo del sistema.

La risposta a questa domanda non è semplice: i decisori istituzionali svolgono il loro ruolo sempre a seguito di processi valutativi, solo che molto spesso tali processi hanno natura informale e si basano su relazioni politiche con soggetti che sono espressione dei bisogni e del mondo delle professioni.

Il limite di tale impostazione è via via divenuto chiaro in quanto troppo alto è il rischio di favorire i soggetti più forti o più rappresentati del sistema e di non cogliere le reali esigenze della popolazione e dell’organizzazione dei servizi. È per questo motivo che a livello regionale si stanno definendo e sperimentando sistemi tecnici di valutazione sempre più raffinati.

Le esperienze raccolte in questo quaderno ne rappresentano un panorama abbastanza esaustivo; lo spirito e gli strumenti utilizzati sono in molti casi differenti ma appare comunque evidente come la valutazione sia divenuta una pratica ampiamente diffusa.

In tutte le esperienze presentate si può comunque rintracciare uno sviluppo della valutazione come raggiungimento degli obiettivi specifici e generali di sistema, come strumento di verifica di efficienza organizzativa, di funzionalità dei servizi, di appropriatezza erogativa ed equità distributiva delle prestazioni, come accertamento del livello di soddisfazione dei cittadini.

Il limite dell’esperienza realizzata dai sistemi di

valutazione presentati in questo quaderno appare evidente se si considera che essi rappresentano, di fatto, solo la metà del nostro Paese; esiste, infatti, un vuoto di elaborazione su questi temi in ampie zone territoriali d’Italia che testimonia uno scarso interesse al problema o una debolezza tecnica delle strutture regionali.

L’Agenzia ha avviato questo lavoro di ricognizione e di confronto con un duplice obiettivo: il primo è di offrire alle Regioni che hanno già avviato esperienze in questo campo una sede di confronto e di scambio che possa contribuire ad arricchire, integrare e migliorare i modelli e gli strumenti utilizzati. Il secondo è quello di tentare di estrarre dalle esperienze realizzate un modello che rappresenti un comune denominatore e che possa essere offerto alle Regioni che su questo tema sono ancora indietro.

Intendiamo così dare concretezza allo spirito che anima il Patto per la Salute: le Regioni che operano con le Regioni e per le Regioni e, in forma integrata e cooperativa, con il livello centrale statale.

Nello stesso tempo, siamo anche pienamente consapevoli che questa sia la strada maestra da percorrere per affrancare un sistema di valutazione dalle connotazioni di “controllo” e “adempimento”, che sono tipici di alcune visioni centralistiche del sistema nazionale.

In questo modo l’Agenzia svolge pienamente la propria missione di “soggetto terzo”, di cooperazione tra i due livelli istituzionali, regionale e statale, di sede di elaborazioni tecnico-scientifiche che possano diventare patrimonio dell’intero sistema sanitario nazionale.

L'ESPERIENZA CANADESE: LA REGIONE DELL'ONTARIO

6

I QUADERNI DI **MOBILIA**

Il sistema sanitario dell'Ontario coinvolge più di 500.000 lavoratori, fra i quali più di 20.000 medici e circa 100.000 infermieri; le spese del sistema, largamente finanziate con fondi pubblici, hanno superato la somma di 36 miliardi di dollari canadesi nel 2007, cifra che è stata ripartita al 40% circa a favore delle strutture ospedaliere, al 20% per i medici e al 10% per i farmaci. La parte restante del bilancio, invece, è stata versata per le cure primarie, le cure a lungo termine, i laboratori, la ricerca e altri settori.

La valutazione della performance nel sistema sanitario nella Provincia dell'Ontario ha una storia piuttosto antica: i primi report (i *community health profiles* ad opera del *Chief physician* della Provincia del 1857) sullo stato di salute degli abitanti e sulle zone più o meno salubri furono pubblicati alla metà del 1800. È dagli anni '70 del secolo scorso, invece, che si è avviata la fase di una moderna misurazione della performance, grazie all'opera di alcuni professori dell'Università di Toronto (Vayda ed altri) che hanno pubblicato alcuni studi sulle variazioni nel numero di interventi chirurgici fra le diverse comunità regionali. Questo filone di studi è stato portato avanti per qualche anno e nel 1994 si è giunti alla pubblicazione del primo atlante sulle variazioni in diverse aree di valutazione per merito dell'ICES (Institute for Clinical Evaluative Sciences). L'anno seguente i ricercatori dell'Università di Toronto hanno perfezionato un modello di *balanced scorecard* per gli ospedali, adattando quello di Kaplan e Norton al contesto del sistema sanitario

canadese: i parametri principali sono diventati così l'integrazione e il cambiamento del sistema, l'utilizzo clinico e gli *outcome*, le capacità finanziarie e le modalità di utilizzo delle risorse umane.

Nei dieci anni successivi la valutazione delle performance basata sulla *balanced scorecard* si è evoluta grazie alla sponsorizzazione dell'Ontario Hospital Association e al coinvolgimento volontario degli attori del sistema; in questo modo è stato possibile valutare la performance ospedaliera in aree "nuove", quali, ad esempio, le cure riabilitative e le cure infermieristiche, la salute della donna e le cure mentali.

Un altro aspetto particolarmente rilevante è stato quello che ha permesso la costruzione di mappe strategiche per ogni *scorecard*. Nel caso delle realtà ospedaliere ciò è stato possibile grazie alla diffusione di sondaggi e questionari che hanno identificato le priorità che accomunavano le diverse strutture e hanno reso possibile una migliore gestione del dato tramite il *benchmarking* e l'analisi della correlazione fra i diversi indicatori.

Nel caso del perfezionamento di una *scorecard* valida per l'ambito delle cure contro il cancro, le direzioni strategiche verso le quali tendere non sono state determinate da ricerche interne, ma da piani messi a punto dai governi provinciali e dal CCO (Cancer Care Ontario), un'agenzia provinciale istituita nel 1997 con il compito di allocare le risorse economiche, supervisionare i servizi relativi alle cure oncologiche e implementare la prevenzione e lo screening.

In genere, nei dieci anni che vanno dal 1995 al

2005, la valutazione della performance si è evoluta seguendo tre direzioni principali: la prima è quella che ha condotto verso un sistema di misurazione sempre più preciso con l'intenzione di garantire maggiore sicurezza e qualità delle cure al paziente; la seconda è quella che ha portato alla capacità di ottenere dati per la valutazione da un numero maggiore di fonti, dal livello provinciale a quello comprendente tutti gli ospedali e le strutture della regione, mentre la terza direzione seguita è stata quella che ha portato, tramite l'utilizzo di diversi strumenti comunicativi (i siti internet e gli inserti dei giornali), ad una maggiore diffusione del dato, in grado di essere consultato dai cittadini e non più solamente dai ricercatori e dagli addetti ai lavori.

Un esempio recente dell'evoluzione del sistema è stato la creazione di una sezione del sito internet del MOHLTC (Ministry of Health and Long Term Care) dedicata alle liste d'attesa (Wait Times in Ontario); questa decisione è stata accolta con grande interesse da parte dei cittadini (più di 3 milioni di visite) che hanno avuto accesso ai dati sulle liste d'attesa per i principali interventi di chirurgia o di diagnostica di quasi tutte le strutture della Provincia.

Il sistema sanitario dell'Ontario si avvale inoltre dell'opera di coordinamento e di integrazione dei servizi di 14 Agenzie locali, conosciute con il nome di LHIN (Local Health Integration Networks).

Istituite nell'aprile del 2006, le Agenzie si occupano di pianificazione e allocazione delle risorse (gestiscono una somma pari ai 2/3 del budget del Ministero), lavorano a contatto con i provider (medici, infermieri, ecc.) del sistema locale (ospedali pubblici e privati, le *community care* ecc.) con i quali stipulano degli *accountability agreements*, accordi nei quali vengono determinate le risorse per perseguire le strategie.

Allo stesso modo la relazione con il MOHLTC è regolata da *accountability agreements* per ogni Agenzia, nei quali sono incluse le strategie da perseguire e i piani di spesa dei fondi distribuiti.

La responsabilità della qualità delle cure, secondo la legislazione dell'Ontario, ricade sui providers anche se il governo provinciale ha il potere di rimuovere i dirigenti delle strutture ospedaliere nel caso di lamentele sulla qualità stessa.

Inoltre il governo provinciale ha il potere di ridurre fino a un massimo del 10% il compenso dei CEO (Chief Executive Officer) nel caso di una cattiva performance.

Sintesi del paper “*The Evolution of Health System Performance Measurement in Ontario*” di Adalsteinn Brown, assistant deputy minister, Health system strategy division, ministry of Health and long-term care, Ontario.

Sintesi a cura di Alessio Lagattolla – Age.na.s.

Per approfondimenti consultare i siti:

Ministry of Health and Long Term Care (MOHLTC)

<http://www.health.gov.on.ca/index.html>

Local Health Integrated Networks (LHIN)

http://www.health.gov.on.ca/transformation/lhin/lhin_mn.html

Cancer Care Ontario (CCO)

<http://www.cancercare.on.ca/english/home/>

L'ESPERIENZA INGLESE

Il 2001 è stato l'anno in cui l'Inghilterra ha adottato un nuovo sistema di valutazione della performance, lo *star rating*, che ogni anno attribuiva da zero a tre stellette ad ogni trust del NHS (National Health System).

L'introduzione di questo nuovo sistema nasceva dalla sfida, raccolta dal Governo alla fine degli anni '90, di rimettere in sesto il sistema sanitario nazionale e farlo tornare ai fasti del passato, quando era considerato "l'invidia del mondo".

In un primo momento, precisamente nel 1997, l'esecutivo guidato dal Labour Party aveva deciso di contrastare i problemi del NHS erogando maggiori finanziamenti alle strutture che presentavano le liste d'attesa più lunghe, in continuità con la convinzione – identificata da Le Grand come paradigma della governance del welfare inglese del dopoguerra – che tutti gli attori principali del sistema fossero dei *knights*, vale a dire dei "cavalieri" determinati e motivati ad ottenere il massimo dalle scarse risorse disponibili in nome degli interessi sociali. Vi era, inoltre, la consapevolezza da parte della classe politica della difficoltà di creare un sistema di mercato interno – che esclude dalla competizione coloro che non ottengono risultati soddisfacenti – dal momento che la responsabilità di assicurare l'accesso alle prestazioni ed ai servizi locali ricade sull'esecutivo. Tutto ciò aveva portato ad un sistema nel quale, invece di premiare le realtà che lavoravano ottenendo risultati migliori, si distribuivano fondi extra a quelle che non raggiungevano gli obiettivi prefissati.

Nel 2001, in seguito ad una serie di scandali all'interno delle professioni sanitarie e dopo aver maturato la nuova convinzione che il problema maggiore fosse quello della qualità del lavoro, è stato adottato il sistema dello *star rating*.

Esso consiste in due gruppi di indicatori, nove *key targets* (di cui sei sulle liste d'attesa e tre su misure di bilancio finanziario, pulizia della struttura e condizioni di lavoro) e circa 40 indicatori in una sorta di *balanced scorecard*. (su esito clinico, liste d'attesa e sondaggi basati sulle opinioni di pazienti e staff).

Questo modello di valutazione delle performance si propone di facilitare il raggiungimento degli obiettivi prefissati dal Governo, facendo leva sulla possibilità di rimuovere dal loro incarico i *chief executives* del NHS e di infliggere un danno alla reputazione di quelle strutture che non forniscono adeguate prestazioni. Proprio quest'ultimo elemento, ossia il danno reputazionale derivante dalla pubblicazione di un risultato non soddisfacente, è stato considerato da alcuni studiosi (Hibbard e altri) come la chiave in grado di aprire le porte verso il miglioramento della qualità del sistema.

Lo *star rating* soddisfa tutti e quattro i requisiti individuati da Hibbard per rendere efficace l'impatto della valutazione della performance su coloro che agiscono nell'ambito delle cure:

- a) un sistema a punti: ogni Trust ottiene un punteggio che va da zero (fallimento) a tre stelle (successo);
- b) viene reso pubblico e largamente diffuso: lo *star*

rating viene reso noto tramite i principali mezzi di comunicazione, quali i siti Internet, i giornali e le riviste specializzate, le televisioni nazionali e locali;

- c) è facilmente comprensibile: oltre alle stelle vengono usati dei livelli negli indicatori della *balanced scorecard* (high, medium, low) e un punteggio da 1 (significativamente sotto la media) a 5 (sopra la media) in ogni area specifica valutata;
- d) viene seguito da report che mostrano se la performance è migliorata o no: lo *star rating* è pubblicato annualmente, pochi mesi dopo la fine dell'anno preso in considerazione, così da spin-

gere i migliori a riconfermarsi e i peggiori ad evitare di essere nuovamente identificati come tali l'anno seguente.

Una modalità per valutare l'impatto del modello dello *star rating* sul NHS inglese può essere quella che viene dal confronto con il sistema del Galles, che dal 2000, anno in cui le quattro nazioni del Regno Unito diventano responsabili autonomamente della gestione del sistema sanitario, ha mantenuto il vecchio modello.

Sia i dati sulle liste d'attesa che quelli sui tempi di arrivo delle ambulanze dimostrano come l'Inghilterra, nei 5 anni (dal 2001 al 2005 compreso) in cui è stato adottato il nuovo modello, ab-

L'ANNUAL HEALTH CHECK

Dal 2005 la Healthcare Commission si occupa di redigere l'Annual health check, che riguarda tutti i Trust del NHS. A differenza dello *star rating*, l'Annual health check si propone di fornire al cittadino un quadro più ampio della qualità delle strutture e dei professionisti del sistema sanitario e del loro modo di gestire le risorse finanziarie. In particolare utilizza 24 *core standards* sulle cure minime che i Trust devono assicurare, effettua delle *reviews*¹ su alcuni settori specifici, analizza alcuni aspetti della gestione finanziaria, come il *value for money* e il *planning* (a differenza dello *star rating* che si interessava solo del *break even*). Ad ognuno dei 394 Trust del NHS inglese viene attribuito un punteggio su una scala che comprende 4 risultati: "debole", "medio", "buono" ed "eccellente"². Le valutazioni riguardano due aspetti, la qualità dei servizi e l'uso delle risorse, e per ciascuna delle 5 tipologie di Trust – "acute and specialist", "mental health", "primary care", "ambulance" e "learning disability" – vengono fissati degli obiettivi da raggiungere e degli indicatori per misurarne la performance. Per quanto riguarda la valutazione sulla qualità dei servizi vengono presi in considerazione 3 elementi: i "core standards", gli "existing national targets" e i "new national targets". I "core standards" sono i livelli che tutte le strutture sanitarie devono raggiungere, così come sono stati definiti nello *Standards for better health* pubblicato dal Department of Health nel luglio del 2004.

Gli "existing national targets" sono gli obiettivi indicati sempre dal Department of Health nel *planning round* 2003-2006.

I "new national targets" sono stati individuati nel "National Standards, Local Action: Health and Social Care Stan-

dards and Planning Framework 2005/2006-2007/2008". Per i primi due elementi viene usata una scala di valutazione che si avvale di quattro voci - "fully met", "almost met", "partly met" e "not met" – a seconda di quanto ci si avvicini all'obiettivo; per i *new national targets*, invece, si usano le stesse voci usate per la valutazione finale e precedentemente elencate.

L'aspetto dell'uso delle risorse, invece, prende in considerazione la gestione dei finanziamenti e di altre risorse, quali le strutture e lo staff. In questo ambito la Healthcare Commission si avvale dell'operato e delle informazioni di altri soggetti: per i "non-foundation trusts" del lavoro della Audit Commission e degli auditors locali responsabili della valutazione della performance dei trust; per i "foundation trust" il lavoro è svolto da Monitor, una organizzazione di piccole dimensioni ad alta professionalità istituita nel 2004 che si rapporta con il Parlamento.

Un elemento particolare del sistema è il self-assessment dei Trust, i quali devono rendere noto alla Healthcare Commission se soddisfano o meno i *core standards*; quest'ultima poi effettua delle ispezioni che riguardano il 20% delle strutture interessate, la metà in quelle che secondo la Commissione corrono il rischio di non raggiungere gli obiettivi e l'altra metà ad estrazione o secondo le segnalazioni dei cittadini (organizzati in forum o comitati).

Quando un Trust ottiene un punteggio "weak", intervengono anche altri soggetti che si occupano dell'assessment: ad esempio il Department of Health, che tramite la strategic health authority e la recovery and support unit si coordina con i gruppi regionali della Healthcare Commission in grado di fornire supporto al processo.

1 - Negli ultimi due anni i "service reviews" sono stati pubblicati sul sito della Healthcare Commission ma non sono stati conteggiati nel risultato finale che determina la qualità dei servizi.
2 - Le quattro voci in lingua inglese sono: "weak", "fair", "good", ed "excellent".

bia ottenuto dei risultati notevoli: nel 2005 in Galles l'attesa massima era di 36 mesi mentre in Inghilterra era di 13; nel caso dei tempi di arrivo delle ambulanze il Galles ha dovuto rivedere i suoi obiettivi mentre l'Inghilterra è stata in grado di raggiungerli nel 2003 (portare il 75% degli interventi della categoria A, quella che riguarda i pazienti in pericolo di morte immediato, sotto la soglia degli 8 minuti).

Certamente il sistema dello *star rating* è migliorabile, e alcune criticità sono emerse nel tempo, quali il problema del *gaming* e quello della sineddoche; tuttavia proprio alcune di queste problematiche dimostrano come l'impatto del sistema sugli attori sia stato piuttosto efficace. In conclusione "*credo che questo sistema sia il peggiore che sia mai stato inventato, eccetto tutti gli altri*" (W. Churchill).

Sintesi del paper di G. Bevan, department of management, London school of economics & political science, *Tackling a failing health service: Taking performance assessment seriously*.

Sintesi a cura di Alessio Lagattolla – Age.na.s.

Per approfondimenti consultare i siti:

Healthcare Commission

<http://www.healthcarecommission.org.uk/homepage.cfm>

National Health System (NHS) England

<http://www.nhs.uk/Pages/homepage.aspx>

Department of Health

<http://www.dh.gov.uk/en/Home>

Audit Commission

<http://www.audit-commission.gov.uk/>

Monitor

<http://www.monitor-nhsft.gov.uk/index.php>

L'ESPERIENZA DEI PAESI BASSI

L'esperienza delle *nursing home* e dell'*home care* nei Paesi Bassi rappresenta un esempio particolarmente interessante dell'applicazione di quelle che Berg ed altri hanno definito le 5 semplici regole per rendere un sistema sanitario decisamente orientato verso un'alta qualità delle cure a prezzi accessibili:

1. accesso universale a un pacchetto di servizi di base;
2. offerta di prestazioni di cura integrate;
3. pubblicità dei prezzi delle prestazioni;
4. trasparenza della qualità del prodotto fornito dagli operatori del sistema sanitario;
5. sistema di co-pagamenti differenziati basati sul rapporto qualità-prezzo.

La prima regola, in un sistema quale quello dei Paesi Bassi, viene osservata con l'obbligo da parte delle compagnie di assicurazioni di accettare chiunque richieda una polizza per ottenere le prestazioni ospedaliere e dei medici generici; ogni compagnia stabilisce i propri prezzi in concorrenza con le altre, ma il prezzo della polizza dev'essere uguale per tutti. La seconda e la terza regola, invece, sono solo parzialmente osservate; infatti, per ovviare al problema della mancanza di informazione pubblica disponibile sulla qualità e a quello della "frammentazione" delle strutture dove agiscono gli attori del sistema, le associazioni nazionali degli operatori, le compagnie assicurative, il Dutch Health Care Inspectorate, il Ministero della Salute e i cittadini (clients) con il supporto del Governo hanno delineato le "norms for adequate care", ovvero 10 norme che disciplina-

no in termini qualitativi in cosa devono consistere le cure infermieristiche domiciliari.

Di conseguenza gli stakeholder hanno tradotto questa "normativa" in 30 indicatori della performance, ottenuti tramite le decisive indicazioni dei pazienti.

Inoltre è stata abbozzata una "filosofia guida" per sottolineare lo scopo e il modo in cui usare questi indicatori, incluse le responsabilità degli stakeholders coinvolti nel progetto.

Nel 2007 tutti i provider di *nursing homes* e *home care* dovranno rendere note le loro performance secondo i 30 indicatori stabiliti. L'efficacia di questa regola sarà accresciuta accompagnandosi con la messa in pratica delle altre; le compagnie d'assicurazione hanno già annunciato che le strutture con le migliori performance otterranno finanziamenti aggiuntivi ed un numero maggiore di pazienti da assistere.

In questo modo il flusso di denaro seguirà la qualità e, per la prima volta, gli incentivi stimoleranno le cure ad alta qualità e basso costo.

In effetti la chiave di volta è l'allineamento tra il flusso di denaro e l'informazione con il percorso del paziente, ed è proprio qui, come riconoscono gli stessi stakeholder, che si trova il limite della situazione attuale, ad esempio nelle cure riguardanti gli ictus e la demenza.

La quinta regola, diversamente dalle altre che vengono fatte osservare dal Governo grazie al ruolo forte del Dutch Health Care Inspectorate e di altre emanazioni dell'esecutivo, dovrebbe essere implementata dalle compagnie di assicurazione; si

tratta di stabilire i parametri del “value-matrix”, quel valore che trasforma il rapporto qualità/prezzo di un servizio in una percentuale di co-payment, in base alla quale il cittadino è incoraggiato a scegliere la prestazione di alta qualità e ad un prezzo accessibile anziché optare per la soluzione più comoda o vicina ma più gravosa per il sistema. In questo modo il paziente che opta per un servizio di alta qualità è esentato dal copagamento, cosa che non avviene per il paziente che sceglie un servizio più costoso o di qualità più bassa. Ciò non solo favorisce la scelta dei pazienti ma anche la competizione fra i *care providers* per assicurare un servizio di alta qualità.

Sintesi del paper “*Towards a High Performance Health Care System: Five Simple Rules and Some Promising First Steps*” di Marc Berg, Stef Groenewoud, Françoise de Brantes, Wim Schellekens.

Sintesi a cura di Alessio Lagattolla – Age.na.s.

Per approfondimenti consultare i siti:

Ministry of Health, Welfare and Sport

<http://www.minvws.nl/en/>

Dutch Hospital Association (NVZ)

<http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/content.jsp?objectid=12860>

The Healthcare Insurance Board (CVZ)

<http://www.cvz.nl/default.asp?verwijzing=/english/index.asp>

The Netherlands Healthcare Inspectorate

<http://www.igz.nl/uk/>

L'ESPERIENZA SPAGNOLA: LA COMUNIDAD VALENCIANA

Gli aspetti principali dell'evoluzione del sistema sanitario spagnolo negli ultimi 30 anni sono essenzialmente due. Il primo è il passaggio da un modello nel quale il diritto all'assistenza derivava dalla condizione di lavoratore e il finanziamento dalla quota della "Seguridad Social" versata dai lavoratori stessi (modello "Bismarck"), ad uno in cui il sistema si finanzia tramite imposte ed il diritto all'assistenza sanitaria è universale e attribuito allo status di cittadino (modello "Beveridge"). Il secondo aspetto particolarmente importante è quello rappresentato dal trasferimento delle competenze in ambito sanitario, iniziato nella prima parte degli anni '80 e concluso nel 2002; ciò ha comportato il passaggio da un sistema di tipo centralizzato ad uno decentralizzato in linea con la struttura territoriale ed amministrativa dello Stato delle autonomie.

Un esempio piuttosto noto di applicazione della metodologia di valutazione della performance è quello da poco messo in atto nella Comunidad Valenciana, dove la quota del bilancio destinata alla sanità è pari al 40% circa del totale (per l'esercizio del 2008 è stata prevista una spesa di circa 5.454 milioni di euro, somma 5 volte superiore a quella gestita a livello centrale dal Ministerio de Sanidad y Consumo).

Il dipartimento incaricato di gestire le somme a favore dell'assistenza sanitaria, nonché responsabile della salute dei cittadini della Comunidad Valenciana, è la Conselleria de Sanitat, che agisce come finanziatore e regolatore del sistema. Per la fornitura delle prestazioni e dei servizi quest'ul-

tima si avvale del lavoro dell'Agencia Valenciana de Salud, un organismo autonomo responsabile dell'erogazione dei servizi sanitari.

L'Agencia è strutturata in 22 Departamentos de Salud, che rispecchiano le demarcazioni territoriali nelle quali si divide la Comunidad Valenciana. I fondi erogati annualmente a ciascun Dipartimento dipendono dalle caratteristiche sociodemografiche di ognuno e dai flussi di pazienti.

Una caratteristica importante dell'Agencia Valenciana de Salud è che si affida a dipartimenti gestiti per concessione amministrativa, per effetto della quale un'impresa o un consorzio di imprese private riceve dei fondi e si incarica sia della conversione in infrastrutture che della contrattazione e gestione delle risorse umane al fine di fornire l'assistenza sanitaria contrattata. Attualmente sono due i dipartimenti che vengono gestiti con questo modello e nei prossimi anni se ne aggiungeranno altri quattro che si conformeranno a questa forma di gestione che ha dimostrato di essere molto efficiente (ha portato ad un risparmio sui costi del 25% circa).

Il primo passo per la configurazione del modello è stato compiuto nel 2004 quando, grazie ad un'intesa con le principali forze sindacali, nelle retribuzioni dei lavoratori in ambito sanitario è stata introdotta una quota variabile (*productividad variable*) legata alla valutazione della performance e al raggiungimento di obiettivi predeterminati. La differenziazione retributiva ha permesso di porre le fondamenta per un sistema di direzione per obiettivi che coinvolge tutta l'organizzazione utilizzando meccanismi di valutazione approfittan-

do della sua struttura gerarchica. Gli *Acuerdos de Gestion*, che l'Agencia Valenciana de Salud stipula annualmente con i suoi dipartimenti, determinano la somma disponibile per il pagamento della *productividad variable* in base al raggiungimento degli obiettivi stabiliti, e consentono l'allineamento fra la strategia globale dell'Agencia e quella particolare di ogni dipartimento. La *gerencia unica* comporta un Accordo di Gestione unico per dipartimento, cioè senza distinzione fra cure primarie e specializzate, costituendo così un importante fattore di integrazione che corresponsabilizza ogni livello assistenziale del risultato totale. Il Plan Estrategico dell'Agencia del 2005-2008, che definisce al livello più alto gli obiettivi da perseguire, si integra perfettamente con gli *Acuerdos de Gestion* utilizzando gli stessi indicatori (circa 80 nel 2007, con l'intenzione di individuarne non più di 60 per l'*Acuerdo* dell'anno in corso). In un meccanismo definito a cascata, i gruppi dirigenti dei Departamentos de Salud consentono lo sviluppo del Plan fissando gli obiettivi e le valutazioni delle unità funzionali, nelle quali, a loro volta, i responsabili determinano con i professionisti subordinati gli obiettivi individuali tenendo conto delle mete fissate per l'unità stessa. Tra il 2006 e il 2007 non solo la *productividad variable* è stata sancita per legge con il Decreto 38/2007, ma è stata ritenuta un elemento valido per determinare gli avanzamenti di carriera. In particolare nella valutazione il risultato finale si ottiene sommando il punteggio ottenuto dall'unità funzionale a quello del singolo professionista (con una percentuale sulla somma totale del 40% e del 60%), si moltiplica la somma ottenuta per il risultato ottenuto dal Departamento de salud e infine si confronta su una scala in centesimi con la migliore performance ottenuta da un singolo professionista.

Sintesi del paper di Gregorio Gómez Soriano, Director de Asistencia Sanitaria de Zona, Agencia Valenciana de Salud

Sintesi a cura di Alessio Lagattolla – Age.na.s.

Per approfondimenti consultare i siti:

Ministerio de Sanidad y Consumo

<http://www.msc.es/>

Conselleria de Sanitat

<http://www.san.gva.es/>

Generalitat Valenciana

<http://www.gva.es/jsp/portalgv.jsp?deliberate=true>

L'EVOLUZIONE DEI SISTEMI DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DEI SERVIZI SANITARI IL CASO DELLA REGIONE ABRUZZO

Casati Giorgio*, Di Ghionno Elena**, Di Vincenzo Fausto**, Ricci Mario**, Gruppo Regionale BSC,
Di Stanislao Francesco**

* Consulente presso l'Agazia Sanitaria Regionale – Regione Abruzzo

** Agazia Sanitaria Regionale – Regione Abruzzo

L'esigenza di sviluppare sistemi e strumenti, con particolare riferimento a quelli del controllo, a supporto della gestione e del governo dei servizi sanitari è spesso ricondotta all'avvio della riforma del Ssn avvenuto con il D.Lgs.vo 502/92¹. In effetti, i profondi cambiamenti introdotti da tale riforma hanno reso indispensabile, tanto per le Aziende sanitarie quanto per i riferimenti di Sistema (Regione, Stato), l'introduzione di sistemi e strumenti in grado, attraverso l'adozione di specifici sistemi di rilevazione, di produrre informazioni utili per supportare il processo decisionale nella fase di formulazione degli obiettivi (programmazione) e di verifica, sia in itinere che al termine del periodo temporale di riferimento della programmazione, del raggiungimento degli stessi (controllo).

Misurare le performance dei servizi sanitari, nella sostanza, rappresentava il naturale complemento ad un processo di riforma che, in estrema sintesi, spostava l'ottica del governo del Si-

stema Sanitario dalle risorse ai risultati seguendo l'orientamento definito da altri processi di riforma simili e, in primo luogo, quello avviato nel Regno Unito che, con il Community Care Act del 1990, traduceva in programma di governo il contenuto del Griffith Report sul management nel National Health Service pubblicato nel 1983².

Lo spostamento dell'ottica del governo dalle risorse ai risultati, peraltro, non può essere semplicemente inteso come momento di innovazione negli strumenti del controllo ma, in termini più ampi, una vera e propria rivoluzione nel modo di concepire il governo del Sistema. Il processo di decentramento avviato con la riforma del 1992, infatti, ha determinato, da un lato, l'introduzione di nuovi meccanismi di finanziamento e di alcuni gradi di competitività tra Aziende sanitarie e, dall'altro, la progressiva assunzione di responsabilità ed autonomie che, dallo Stato, sono passate alle Regioni e alle stesse Aziende sanitarie.

¹ L'evoluzione dei sistemi di controllo nel Sistema Sanitario italiano, peraltro, deve essere inquadrato in un contesto di riferimento storico più ampio di quello definito dall'avvio del processo di riordino del 1992. Il controllo sull'utilizzo delle risorse, infatti, è esigenza che nasce, nel nostro Paese, già dall'istituzione del SSN. Le prime sperimentazioni in merito prendono avvio, sulla base di progetti a valenza regionale, nella seconda metà degli anni ottanta. Si ricordano, tra le altre, l'esperienza maturata in Regione Emilia Romagna seguita da quelle delle Regioni Veneto, Toscana, Friuli Venezia Giulia, Marche e Lombardia. Al fine di disporre di un quadro di riferimento sulle iniziative avviate in materia di controllo di gestione, si vedano gli Atti del Convegno Internazionale "L'Azienda Sanità", tenutosi a Bologna nell'ottobre del 1986, e pubblicati a cura dell'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna nel giugno 1988.

² Department of Health and Social Security (DHSS) 1983 NHS Management Inquiry (The Griffiths Management Report). DHSS, London.

È stata la necessità di muoversi all'interno di un sistema che poneva nuove sfide rispetto al passato, definite da vincoli più puntuali e verificabili sui risultati da produrre e sull'equilibrio economico-finanziario, solo in parte mitigati da una maggiore autonomia e flessibilità nei processi interni di allocazione delle risorse che, a partire dal 1995, si è assistito al fiorire di iniziative, Aziendali e regionali, finalizzate alla progettazione e realizzazione di sistemi di misurazione delle performance nei servizi sanitari a supporto della programmazione e del controllo di gestione.

La spinta verso l'adozione dei sistemi di gestione, peraltro, è stata caratterizzata da un'iniziale lentezza e, sulla base delle indagini svolte in proposito, si osserva che se nel 1995 solo il 3% delle Aziende sanitarie era dotata di un sistema di budget, nel 1997 e nel 1999 il numero di Aziende sanitarie con un sistema di budget era, rispettivamente, di circa una su quattro e due su tre³. Tale andamento, peraltro, è spiegabile in funzione della progressiva consapevolezza creata attorno al problema della carenza delle risorse economiche a disposizione delle diverse realtà regionali del nostro Paese; in un certo senso, è possibile affermare che l'incremento dei disavanzi di gestione ha determinato, da un lato, un maggior controllo dei risultati economico-finanziari delle Aziende sanitarie e, dall'altro, l'esigenza, ormai ineludibile, di dotarsi di strumenti atti a rendere nota la distribuzione e l'utilizzo delle risorse all'interno delle stesse Aziende.

Oggi è generalmente accettato il concetto secondo il quale l'efficacia dell'attività di governo di un'Azienda o di sistema è direttamente proporzionale alla capacità di esercitare, sulle variabili oggetto della stessa attività, il controllo o, in altri termini, poter valutare le performance spe-

cifiche. Attività propedeutica, al fine di poter esercitare il controllo, è la rilevazione dei fenomeni gestionali (organizzativi, economici, qualitativi, ecc.) rilevanti al fine di conoscere, analizzare, interpretare e valutare risultati intermedi e finali e, in tal modo, supportare l'attività di direzione e di governo di una organizzazione o di un sistema.

Su questo tema, già nel 1981 W.G. Ouchi ha sviluppato un modello logico finalizzato all'identificazione delle possibili logiche di controllo, quindi di governo, adottabili in seno a un sistema in funzione di due variabili fondamentali:

- la conoscenza dei processi di trasformazione;
- la misurabilità dei risultati prodotti.

Attraverso la classificazione, secondo uno schema matriciale, dei diversi settori da governare, è possibile formulare alcune considerazioni per caratterizzare e, successivamente, per migliorare o far evolvere i sistemi di controllo.

La conoscenza dei processi di trasformazione riguarda la possibilità di individuare e, quindi, predefinire le fasi necessarie per l'ottenimento dei risultati attesi. La conoscenza dei processi è massima quando si può affermare che la qualità e la quantità del risultato è direttamente ed esclusivamente riferibile alla quantità, tipologia e sequenza logico-temporale di utilizzo dei fattori produttivi impiegati nel processo di trasformazione. Al contrario, la conoscenza dei processi è minima quando le modalità di impiego dei fattori produttivi (quantità, tipologia e sequenza logico-temporale di utilizzo) non è conosciuta o determinabile ovvero risulta essere interamente influenzata da variabili esterne al comportamento organizzativo.

La misurabilità dei risultati, invece, dipende dalla possibilità di utilizzare indicatori di perfor-

³ La prima indagine sullo stato di diffusione e consolidamento dei sistemi di programmazione e controllo di gestione, con particolare riferimento al sistema di budget, fu avviata dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) nel 1997 (Mastrobuono I., Casati G.; 1997) e vi parteciparono 153 Aziende sanitarie pubbliche. Di queste 85, pari al 55,6% delle Aziende partecipanti e al 27,3% del totale delle Aziende sanitarie, dichiararono di disporre, in quell'esercizio, del sistema di budget. Un'analisi più approfondita dei dati raccolti dalla stessa indagine (Casati G., Mastrobuono I., Scornparin L., Guzzanti E.; 1998), mostrava che le Aziende con budget, nel 1995, erano 10 e, nel 1996, (incluse le precedenti 10) 30. I dati dell'indagine dell'ASSR, furono successivamente confermati da quella condotta dalla Commissione Parlamentare d'Inchiesta sul Sistema Sanitario che, nel 2000, promosse un'iniziativa simile riferita agli anni 1999 e precedenti. A questa seconda indagine parteciparono 185 Aziende sanitarie su 196 e, oltre a confermare le evidenze prodotte dall'indagine ASSR per gli esercizi 1995-1997, emerse che, nel 1999, il numero delle Aziende sanitarie che dichiaravano di essere dotate di un sistema di budget era pari a 139 (75,5% delle Aziende che hanno partecipato e 70,9% delle Aziende sanitarie totali).

FIGURA 1 - Individuazione delle forme di controllo possibili in relazione alla conoscenza dei processi e alla misurabilità dei risultati

		MISURABILITÀ DEI RISULTATI	
		BASSA	ALTA
CONOSCENZA DEI PROCESSI	ALTA	CONTROLLO SUI COMPORAMENTI	CONTROLLO SUI RISULTATI E SUI COMPORAMENTI
	BASSA	CONTROLLO SULLE RISORSE	CONTROLLO SUI RISULTATI

Fonte: adattamento da Ouchi W.G. (1981)

mance in grado di esprimere, oltre ai volumi, la tipologia e la qualità dei servizi erogati, l'assorbimento delle risorse. La necessità di correlare l'attività svolta con le risorse utilizzate per la loro produzione è condizione necessaria per poter assicurare, attraverso valutazioni di efficienza e di economicità, il governo economico della singola organizzazione e del sistema nel suo complesso.

Dalla classificazione, sulla base dei criteri precedentemente esplicitati, dei diversi settori di intervento da sottoporre ad attività di governo, ne deriva lo schema di identificazione delle forme di controllo rappresentato in figura 1.

Nell'ambito dello schema proposto, il sistema sanitario, complessivamente inteso, è inquadrabile tra i settori assoggettabili a forme di controllo e di governo tipiche dei contesti ove esiste una scarsa conoscenza, quindi capacità di valutare le performance, dei processi produttivi. Ciò è coerente con la natura dell'attività delle organizzazioni sanitarie che si caratterizza per l'ele-

vato contenuto professionale dei servizi e delle prestazioni erogate e, contemporaneamente, con la scarsa standardizzabilità dei processi produttivi che tendono ad essere sviluppati in considerazione delle specificità, oltre che dei problemi di salute da affrontare, dei singoli pazienti determinandone la forte personalizzazione.

Ad analizzare l'insieme delle politiche assunte per il governo dei servizi sanitari, peraltro, è anche possibile affermare che, nonostante gli orientamenti definiti dal cosiddetto processo di "Aziendalizzazione", il modello in essere si colloca, prevalentemente, nel riquadro in basso a sinistra ("Controllo sulle Risorse")⁴ del modello di Ouchi piuttosto che, come era lecito attendersi, in quello in basso a destra ("Controllo sui Risultati"). Ciò è da ricondurre non solo alla constatazione che, tutto sommato, il controllo attraverso le risorse risulta più semplice ed immediato rispetto ad altre possibili forme di governo ma, soprattutto, all'oggettiva e diffusa difficoltà esistente nel valutare le performance

⁴ La definizione di tetti di spesa, complessivi o legati a specifici fattori produttivi, così come l'imposizione, anche per via normativa, di soluzioni organizzative predefinite, sono azioni tipiche di un modello di governo basato sulle risorse. Tali azioni di governo risultano essere, ancora oggi ad oltre un decennio dall'avvio del processo di Aziendalizzazione, prevalenti rispetto ad altre maggiormente ancorate alla valutazione della capacità di assicurare i livelli di assistenza e alla qualità dei servizi offerti ai cittadini.

globali dei servizi sanitari. I sistemi di contabilità analitica esistenti nelle Aziende sanitarie, visti disgiuntamente da altri strumenti di misurazione della gestione, sono da inquadrare non già come primo passo verso il passaggio dei sistemi di controllo e di governo sui risultati ma, piuttosto, come momento di approfondimento di un modello di governo che, focalizzando l'attenzione sulle risorse, può, attraverso l'acquisizione di informazioni analitiche sui costi, identificare politiche mirate e differenziate di allocazione delle risorse. Anche il tentativo di misurare le performance dei servizi sanitari attraverso il "prodotto", riclassificato mediante i sistemi nomenclatore e di tariffazione adottati nel nostro Paese, non è risultato efficace a causa della carenza di riferimenti specifici al fine di misurare e valutare la qualità delle prestazioni e dei servizi erogati.

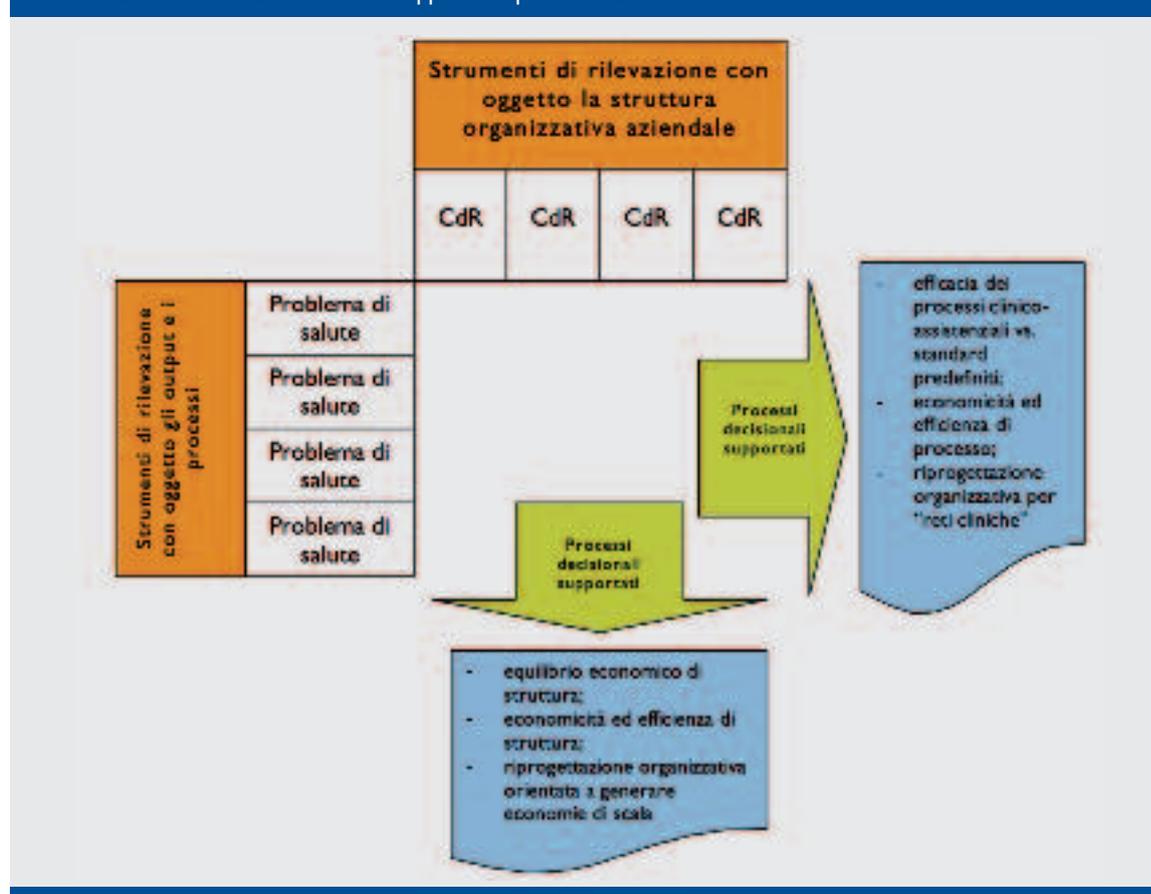
Nell'attuale fase di sviluppo dei servizi sanitari, si percepisce una diffusa esigenza, tanto nelle Aziende sanitarie quanto nei riferimenti di sistema, di progettare e realizzare nuovi sistemi e strumenti capaci di fornire una visione globale delle performance conseguite dalla gestione al fine di rendere possibile il perfezionamento del processo di decentramento delle responsabilità, con conseguente pieno riconoscimento delle autonomie che ne derivano, facilitando il passaggio dei sistemi di governo nella parte destra, possibilmente anche nel riquadro in alto, della matrice di Ouchi.

In questo senso vanno inquadrati gli sforzi che, in tale direzione, diverse Regioni, tra le quali l'Abruzzo, stanno facendo anche adottando i principi e gli strumenti della clinical governance. Con l'individuazione di standard clinico-assistenziali da assicurare rispetto a specifici problemi di salute, infatti, si rende possibile proporre modelli di valutazione della performance dei servizi sanitari di carattere globale e, quindi, il controllo e il governo del sistema attraverso i risultati, espressi finalmente non solo in termini monetari, e, in prospettiva, dei processi.

In base alle nuove esigenze di governo dei ser-

vizi sanitari, pertanto, è possibile cercare di delineare le possibili strategie che ne potranno definire la possibile evoluzione nei prossimi anni. Il progressivo consolidarsi di logiche di governo basate sui risultati, infatti, determina l'assoluta necessità di disporre di strumenti di rilevazione in grado di rendere possibile la valutazione delle performance, a livello di Azienda sanitaria e di riferimento di Sistema (Regione e Stato), sul fronte economico-finanziario, dell'organizzazione e dell'offerta dei servizi, dei volumi e del mix prestazionale e, inevitabilmente, del livello di appropriatezza e di soddisfazione del paziente in relazione ai servizi e alle prestazioni erogate. In questo senso, è possibile immaginare, da un lato, il consolidamento dei sistemi e degli strumenti del controllo di gestione di carattere tradizionale e con oggetto la struttura organizzativa Aziendale e, dall'altro, lo sviluppo progettuale di nuovi strumenti di rilevazione che, invece della struttura organizzativa, pongono al centro dell'attenzione e, quindi, assumono quale oggetto di misurazione gli output dell'organizzazione e i processi produttivi che li determinano, dando una visione trasversale, rispetto alla struttura organizzativa, dei risultati conseguiti. L'utilizzo combinato delle informazioni prodotte dai diversi strumenti di controllo, potranno assicurare una visione globale dei risultati delle singole organizzazioni sanitarie e a livello di sistema, supportando i diversi processi decisionali come rappresentato graficamente in figura 2. La dimensione verticale del sistema di controllo, avente per oggetto la struttura organizzativa Aziendale, è orientata a fornire informazioni utili per condurre analisi sull'economicità e sull'efficienza dell'organizzazione, complessivamente intesa o per centri di responsabilità (CdR), indipendentemente dal livello qualitativo della stessa. Gli strumenti base, a tale scopo, sono rappresentati dal sistema di contabilità generale, dalla contabilità analitica e dai sistemi di rilevazione dei volumi e del mix produttivo. Tali strumenti di rilevazione, per poter svilup-

FIGURA 2 - Strumenti di controllo e supporto al processo decisionale



pare valutazioni complessive dei risultati di gestione, devono essere integrati da altri che, progressivamente, dovranno consentire di disporre di un quadro conoscitivo adeguato sulle caratteristiche del sistema di offerta, con particolare riferimento all'esplicitazione della tipologia di servizi e prestazioni offerte, e alla potenzialità di capacità produttiva relativa.

Il completamento del sistema di misurazione, tuttavia, può avvenire solo a fronte dello sviluppo orizzontale degli stessi, organizzato per categorie di processi produttivi⁵, allo scopo di rendere evidente:

- il livello di integrazione dei processi produttivi all'interno delle Aziende sanitarie e, quindi, le modalità di formazione, anche nella di-

mensione economica, del risultato sanitario conseguito;

- la valenza qualitativa del risultato conseguito che, solo attraverso lo sviluppo di sistemi e strumenti di monitoraggio dei risultati aventi per oggetto singole tipologie di problemi di salute, può assumere valenza specifica.

Sistemi e strumenti di monitoraggio orientati ai processi, peraltro, non nascono al solo scopo di misurare la dimensione qualitativa del risultato gestionale. Al pari degli strumenti che hanno come oggetto le articolazioni organizzative dell'Azienda, anche quelli orientati al paziente devono svilupparsi al fine di assicurare una visione multidimensionale del risultato e, quindi, anche di quello economico.

⁵ Sul tema della gestione per processi, applicata in ambito clinico-assistenziale, sono state realizzate numerose sperimentazioni. Alcune sono riferibili ai progetti legati alla definizione o all'adattamento, su base Aziendale e, in alcuni casi anche, regionale di linee guida per alcuni tra i problemi di salute più frequentemente trattati. Si tratta di esperienze nate, in prevalenza, verso la fine degli anni Novanta anche alla luce di alcuni provvedimenti normativi in materia e ai contenuti del Piano Sanitario Nazionale, "Patto per la Salute", del 1998-2000. Le esperienze maggiormente significative, tuttavia, si riferiscono al tema del percorso del paziente (Casati G.; 1999 e Casati G. e Vichi M.C.; 2002) e ai profili di assistenza (Panella M., Moran N., Di Stanislao F.; 1997 e Di Stanislao F.; 2001). Attraverso l'introduzione dei due approcci citati, in realtà non alternativi ma complementari, si rende possibile disporre di strumenti di governo e gestione per problema di salute e, soprattutto, avviare il ciclo di miglioramento continuo delle performance (Casati G.; 2002).

IL MODELLO DI BALANCED SCORECARD

Misurare le evidenze prodotte dalla gestione, anche attraverso sistemi e strumenti ad elevato grado di sofisticazione, è condizione necessaria ma non sufficiente per assicurare un adeguato supporto ai processi decisionali. A tale scopo, infatti, è necessario elaborare i dati elementari, per trasformarli in informazione, e quindi rappresentare i risultati mediante forme fruibili per il decisore. Si tratta, in alcuni casi, di selezionare alcuni elementi conoscitivi escludendone altri o, altrimenti, di ricorrere ad algoritmi che consentono di rappresentare fenomeni complessi mediante l'utilizzo di un numero contenuto di indicatori. Lo scopo ultimo di rappresentare la gestione, di un'Azienda o di un sistema, attraverso misure di performance, in ogni caso, consiste nel supportare, nella fase della programmazione e/o del controllo, i processi decisionali. È con lo scopo di progettare e realizzare un modello di rappresentazione delle performance che, verso le fine degli anni Ottanta, Robert Kaplan e David Norton (1992) svilupparono un modello di riferimento che assume la denominazione di *balanced scorecard* (di seguito, per semplicità, BSC). Il modello in parola nasce da una ricerca, condotta dai due studiosi citati, su dodici Aziende che dichiaravano rilevanti difficoltà nel misurare e valutare le proprie performance utilizzando i tradizionali strumenti contabili di natura economico-finanziaria. Proprio da quell'iniziativa emerse l'esigenza di rappresentare, attraverso opportuni strumenti, le performance Aziendali mediante l'utilizzo di un sistema di misure differenti, sviluppando in tal modo il concetto di multidimensionalità, e quindi in grado di fornire una visione globale ed equilibrata dei risultati conseguiti. La grande intuizione di Kaplan e Norton è stata proprio quella di concen-

trare la propria attenzione, nello sviluppo della ricerca, sul tema della valutazione delle performance. È attraverso tale attività che è possibile comprendere se l'Azienda sta perseguendo le finalità per le quali è stata costituita, quali sono i punti di forza e debolezza e, quindi, formulare un nuovo sistema di obiettivi capace di assicurare coerenza con le finalità generali (mission) e rendere l'Azienda soggetto destinato a perdurare nel tempo.

La valutazione delle performance, pertanto, è assunta quale componente essenziale dell'attività decisionale, svolta da coloro che all'interno dell'Azienda detengono il "potere direzionale"⁶, permeando tutte le fasi che caratterizzano il processo decisionale che, in estrema sintesi, riguardano il momento della presa di coscienza dell'esistenza di un problema da risolvere e dei vincoli che ne condizionano la soluzione, l'elaborazione di valide strategie o tattiche alternative e, inevitabilmente, l'assunzione della scelta che identifica la soluzione più conveniente.

In questo senso, lo schema di rappresentazione delle performance elaborato da Kaplan e Norton, successivamente, ha assunto la valenza di strumento finalizzato ad assicurare il miglior coordinamento tra pianificazione di medio-lungo termine (o programmazione strategica) e la formulazione degli obiettivi annuali (programmazione direzionale). In questo senso, la BSC si propone di "operazionalizzare" su base annuale, ossia tradurre in termini quantitativi e verificabili, gli obiettivi formulati nell'ambito dell'attività di pianificazione.

La logica che ispira il funzionamento della BSC, tuttavia, nasce dalla consapevolezza che i risultati di un'Azienda (a maggior ragione di un Sistema) non possono essere adeguatamente rappresentati da un'unica o prevalente tipologia di

⁶ Il funzionamento dell'Azienda è governato attraverso l'attività di direzione svolta dai soggetti che, in essa, detengono il "potere direttivo" e che, a sua volta, si articola nei momenti fondamentali legati alle attività decisionali, di comando e controllo. Il "potere direttivo", inteso in senso lato, include sia la formulazione di indirizzi generali, posti allo scopo di perseguire le finalità Aziendali, che tutte le funzioni direttive di competenza degli organi di direzione e comando di ogni grado. I soggetti che, in seno all'organizzazione, detengono il "potere direttivo", pertanto, assumono decisioni, le quali si traducono o si inseriscono all'interno di piani o programmi, le trasmettono ai propri collaboratori o ai soggetti organizzativi deputati alla realizzazione dei contenuti delle direttive impartite e, infine, verificano che gli ordini impartiti siano stati correttamente eseguiti e, anche allo scopo di alimentare nuovamente il momento decisionale, il grado di coerenza tra i risultati conseguiti e quelli attesi. Per un approfondimento sul tema dell'attività di direzione, si veda Coda V. 1968.

indicatori. Accanto ai tradizionali indicatori di carattere economico-finanziario, infatti, è necessario prevederne altri in grado di rappresentare i passaggi intermedi che l'Azienda (o il Sistema) deve compiere per raggiungere il traguardo finale e, al contempo, rendere evidenti i risultati intermedi che la stessa Azienda o Sistema deve assicurare nei rapporti con soggetti esterni. Traslare la BSC in ambito pubblico e, nel caso di specie, in sanità rende inevitabile, tra l'altro, considerare risultati di Azienda (o di Sistema) che non possono essere, in alcun modo, descritti in termini monetari. Per fornire una visione complessiva della gestione Aziendale, la BSC propone una lettura dei risultati (o performance) dell'Azienda di carattere multidimensionale utilizzando, in modo "bilanciato", un sistema di indicatori di differente natura che, a loro volta, sono "polarizzati" rispetto ad una serie di "prospettive" che, nella versione originale definita da Kaplan e Norton (1996), sono così definite:

- *economico-finanziaria*: si tratta della prospettiva orientata alla misurazione della capacità dell'Azienda di perseguire i propri obiettivi strategici in condizioni di economicità ed efficienza e, di norma, contiene misure di natura economico-finanziaria rappresentative del controllo complessivo dei costi, della generazione di ricchezza (ricavi) e/o della redditività Aziendale;
- *clienti*: identifica le performance rivolte all'utilizzatore degli output prodotti dall'attività Aziendale e contiene misure atte a fornire una "vista" Aziendale generata dalle persone che ne stanno al di fuori con particolare riferimento, appunto, ai clienti;
- *processi interni*: focalizza l'attenzione sulle performance interne Aziendali con particolare riferimento ai processi produttivi ma anche, in coerenza con quanto esplicitato nel paragrafo precedente, all'insieme delle condizioni gestionali che determinano i risultati come l'assetto tecnologico ed organizzativo;

- *innovazione e crescita*: si tratta, con ogni probabilità, della prospettiva della BSC di maggior valore in quanto sottolinea la valenza Aziendale come "sistema destinato a perdurare nel tempo". In questa prospettiva, infatti, sono definiti gli obiettivi Aziendali che determinano le condizioni necessarie affinché i risultati non siano considerati come il traguardo annuale da raggiungere ma, bensì, come passaggio intermedio nella vita dell'Azienda per poter perseguire risultati ancora migliori negli anni a venire. In questa prospettiva sono identificate le azioni e gli indicatori espressione delle progettualità avviate per lo sviluppo continuo del patrimonio professionale e, più in generale, per la crescita dell'Azienda.

Il sistema di prospettive proposto da Kaplan e Norton, per quanto abbia una valenza di carattere generale, non è un elemento immutabile dell'approccio BSC. L'ambito di applicazione specifico, infatti, suggerisce, di volta in volta, le modifiche e/o le integrazioni da apportare al fine di rendere le prospettive della BSC aderenti alle esigenze di programmazione e valutazione delle performance nella singola realtà. Dall'analisi delle applicazioni condotte nelle Amministrazioni Pubbliche e, in particolare, nel settore dei servizi sanitari (Baraldi S., 2005), sono numerosi gli interventi volti ad adattare lo schema originale della BSC alle esigenze specifiche.

In linea generale, al di là di considerazioni su applicazioni specifiche, l'implementazione del modello BSC ai servizi sanitari pubblici comporta alcuni interventi di puntualizzazione dello schema originale:

- a) in primo luogo la *prospettiva economico-finanziaria*, evidentemente coerente per le realtà che operano in contesti di mercato di tipo imprenditoriale, deve essere interpretata quale contenitore dei risultati che ci si attende dall'organizzazione oggetto di applicazione. In considerazione delle finalità generali delle Aziende sanitarie pubbliche, pertanto, in tale prospettiva, oltre ad indicatori di carattere

economico-finanziario, devono trovare un adeguato spazio altri legati alla capacità delle stesse Aziende di assicurare i livelli di assistenza;

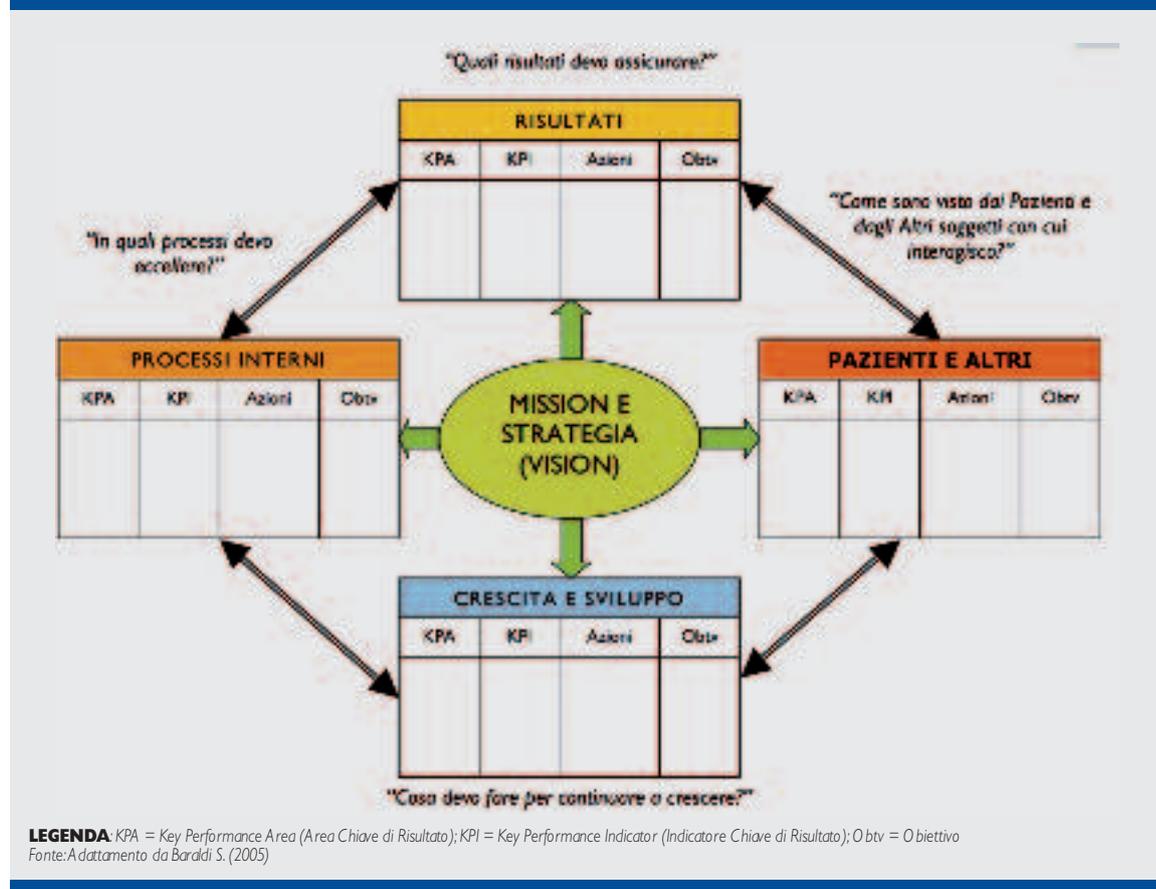
- b) *la prospettiva dei clienti* potrebbe essere più propriamente riferita, in qualità di principali beneficiari dell'attività svolta dalle Aziende sanitarie, ai pazienti. Tuttavia è utile osservare che un tale riferimento non è in grado di fornire una adeguata rappresentazione dell'insieme dei soggetti che interagiscono con i servizi sanitari. Tra i beneficiari dell'attività vanno sicuramente ricompresi i famigliari dei pazienti, le Aziende e le imprese oggetto di interventi di igiene e sanità pubblica e, quali interlocutori indiretti, i rappresentanti delle organizzazioni di tutela dei diritti del malato e degli enti locali in qualità di rappresentanti dei diritti della collettività. La prospettiva dei clienti, inoltre, potrebbe essere interpretata alla stregua di contenitore capace di fornire una "vista" delle performance Aziendali da parte dell'insieme di soggetti, esterni all'Azienda sanitaria, che interagiscono, anche in forma di collaborazione, con i servizi sanitari. In questo senso, potrebbero essere considerate misure utili a valutare le performance rispetto alle Associazioni e Federazioni del Volontariato, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta e, non già in qualità di rappresentanti della collettività ma come partner delle Aziende sanitarie nell'erogazione di prestazioni e servizi di carattere socio-sanitario, gli enti locali. In alcune applicazioni condotte presso Aziende sanitarie pubbliche (Baraldi S., 2005), tale aggregato di soggetti è stato, talora, definito come "Stakeholder" che, tuttavia, tende ad identificare un insieme di soggetti esterni all'Azienda sanitaria ancora più ampio di quello precedentemente richiamato e che, per certi versi, è capace di inglobare le misure della performance inquadrabili nell'ambito della prospettiva dei risultati.

Volendo mantenere la valenza di strumento di programmazione Aziendale annuale della BSC distinto, seppure integrato, dalla pianificazione, e in considerazione della sostanziale impossibilità, allo stato delle conoscenze attuali, di rappresentare in un unico schema semplificato, quale quello definito dalle prospettive della BSC, l'estrema complessità dei servizi sanitari, si ritiene che un approccio orientato alla semplicità e all'immediatezza sia da preferire a schemi più analitici e sofisticati ma, certamente, più complessi da comprendere e, in ogni caso, frutto comunque di operazioni di semplificazione della realtà osservabile. In questo senso, lo schema generale della BSC riferito ai servizi sanitari, evidentemente adattabile alla singola realtà oggetto di applicazione, potrebbe basarsi sulla struttura delle quattro prospettive originariamente definite da Kaplan e Norton sebbene con le seguenti modifiche e integrazioni:

- *risultati*: al posto della prospettiva economico-finanziaria e contenente misure rappresentative della capacità dell'organizzazione di ottenere risultati conformi alla missione specifica e, quindi, almeno quelle relative all'erogazione dei livelli di assistenza e all'equilibrio economico-finanziario;
- *pazienti e altri soggetti esterni* che interagiscono con l'organizzazione Aziendale: al posto della prospettiva dei clienti e nella quale far confluire misure rappresentative delle performance Aziendali "viste" da soggetti esterni all'organizzazione;
- *processi interni*: con misure rappresentative della capacità di eccellere nella gestione dei processi interni e, più in generale, nella gestione dell'insieme delle condizioni necessarie per generare i risultati;
- *innovazione e crescita*: che mantiene inalterato l'alto significato originale che hanno voluto attribuirgli Kaplan e Norton.

Da un punto di vista grafico, lo sviluppo della BSC, nelle organizzazioni dei servizi sanitari, potrebbe assumere la configurazione proposta

FIGURA 3 - Schema di sviluppo della BSC per prospettive



in figura 3 nella quale, dalla missione Aziendale e dall'insieme dei programmi formulati nell'ambito della pianificazione (*vision*) si sviluppano, a raggio e in logica integrata, le quattro prospettive fondamentali contenenti gli elementi di base necessari per la formulazione degli obiettivi annuali e, in ultima analisi, per la valutazione delle performance.

Gli ulteriori elementi che caratterizzano il modello BSC sono rappresentati, in estrema sintesi, da:

- le determinanti il sistema di misurazione delle performance;
- il sistema di relazioni di causa effetto, rappresentate mediante un modello di tipo grafico, che lega fra loro le determinanti il sistema di misurazione delle performance.

Le determinanti il sistema di misurazione delle performance, peraltro riportate anche nello schema di figura 3, sono sostanzialmente quattro:

- le Aree Chiave di Risultato (*Key Performance Area* – KPA);
- gli Indicatori Chiave di Risultato (*Key Performance Indicator* – KPI);
- le Azioni o Programmi Strategici;
- gli Obiettivi.

Le Aree Chiave di Risultato (KPA) sono rappresentative delle aree fondamentali dell'intervento Aziendale e rispetto alle quali l'organizzazione (o il Sistema) non può, se non a rischio di porre in discussione la possibilità di perseguire gli obiettivi strategici, sbagliare. Le KPA sono desunte dai contenuti espressi dalla pianificazione, attraverso i programmi o mediante l'esplicitazione di specifici valori Aziendali e, di norma, sono formalizzate con parole chiave o frasi estremamente sintetiche caratterizzate da verbi che le qualificano in termini di azione. Questi verbi possono essere, a titolo puramente esemplificativo, "assicurare", "garantire", "mi-

gliorare”, “incrementare” o “diminuire”. L’insieme delle KPA, opportunamente organizzate in uno schema che ne prevede la collocazione nell’ambito delle prospettive, concorre a determinare la mappa strategica Aziendale (o di Sistema) di cui si è scritto nel successivo paragrafo. In questo senso, quindi, l’individuazione delle KPA determina una rappresentazione parziale dei risultati e del funzionamento Aziendale in quanto focalizza l’attenzione sulle sole aree di intervento di rilevanza strategica. Ciò determina una struttura della mappa strategica, di solito, “leggera” e comprensibile sebbene, in ambito sanitario, la complessità dei servizi offerti e l’ampiezza dell’oggetto della strategia, spesso esteso a tutte le funzioni attive, non consentano di ottenere sempre rappresentazioni di immediata comprensione. Va considerato, tuttavia, che, in fase sperimentale, non è errato immaginare l’individuazione di KPA per tutte le variabili che l’organizzazione intende presidiare. In tal modo, infatti, si rende possibile esplorare la moltitudine di relazioni di causa effetto esistenti fra le KPA delle diverse prospettive, incrementando le capacità di analisi e predittive dei soggetti preposti alla programmazione. Sono le successive fasi di affinamento della mappa strategica che, nella sostanza, “filtrano” l’insieme delle KPA individuate per limitarle a quelle veramente importanti.

Per ciascuna KPA individuata all’interno della mappa strategica, possono essere individuati più Indicatori Chiave di Risultato (KPI). I KPI, infatti, sono utilizzati allo scopo di misurare e, quindi, verificare la capacità dell’organizzazione di presidiare le Aree Chiave di Risultato. I KPI possono far riferimento a volumi di prestazioni, a tassi di copertura della domanda, ai costi, quindi, in linea generale, riguardano variabili gestionali naturalmente espresse in forma quantitativa. Al fine di garantire che tutti i

KPI previsti nella BSC possano essere espressi in forma quantitativa, anche quelli riferiti ad attività di carattere progettuale che, quindi, possono determinare la produzione di un rapporto o di altri documenti ma non di numeri assimilabili agli esempi precedenti, devono trovare un’espressione numerica, anche in forma di approssimazione, al fine di poterne verificare l’effettivo raggiungimento. A tale scopo, a titolo esemplificativo e facendo riferimento alle soluzioni più semplici, è possibile procedere utilizzando operatori logici, quali vero o falso oppure sì o no, ricondotti alla forma quantitativa 1 e 0 o, in alternativa, all’utilizzo della data prevista di fine lavori quale elemento di verifica del raggiungimento dell’obiettivo.

Le Azioni o Programmi Strategici, infine, si riferiscono ai contenuti della pianificazione Aziendale (o di Sistema) che trovano la loro traduzione nell’ambito del modello BSC e ai quali sono legati uno o più Indicatori Chiave di Risultato (KPI). In tal modo, attraverso l’esplicitazione, per ciascun KPI, di obiettivi quantitativi e verificabili, si creano le condizioni per verificare l’effettiva attuazione dei programmi strategici e, al contempo, disporre di un quadro di sintesi capace di rappresentare complessivamente le performance conseguite rispetto alle prospettive e alle Aree Chiave di Risultato.

IL CASO DELLA REGIONE ABRUZZO

In campo sanitario si è spesso portati a porre in discussione l’efficacia del modello Aziendale e, in particolare, alla possibilità di orientare i comportamenti verso il perseguimento di obiettivi predefiniti, quindi di governare, per il tramite degli strumenti della programmazione e del controllo. Sul tema specifico, il caso della Regione Abruzzo è assolutamente emblematico; da alcuni anni, infatti, in assenza di una puntuale azione di programma⁷ e di monitoraggio (di siste-

7 L’ultimo Piano Sanitario Regionale risale al triennio 1999-2001, approvato con Legge Regionale n. 37 del 2 luglio 1999, mentre gli ultimi Piani Strategici Aziendali approvati fanno riferimento al 2004. Va considerato, peraltro, che gli stessi Piani sono stati definiti con rilevante ritardo rispetto ai tempi previsti e, in ogni caso, senza il supporto della pianificazione di Sistema.

ma e di Azienda sanitaria), si è assistito ad uno sviluppo assolutamente disarmonico dei servizi sanitari, orientato da spinte finalizzate alla soluzione di problematiche locali di carattere contingente, senza la creazione di forme di integrazione di sistema e con significative lacune in alcuni settori di intervento.

Gli effetti dell'assenza delle funzioni di programmazione e controllo sono oggi evidenti; vi sono aree di risultato ad elevato rischio di inappropriata, il modello di offerta è strutturato in modo inefficace allo scopo di assicurare equità di accesso ai servizi, il livello dei costi sostenuti per il Sistema sanitario regionale è decisamente superiore alle possibilità di copertura degli stessi e, per contro, esiste una diffusa sofferenza operativa delle strutture di erogazione a causa di modelli organizzativi eccessivamente frammentati e incoerenti con principi di funzionalità ed economicità. L'insieme di questi elementi ha determinato l'avvio della procedura che ha portato alla definizione e, successiva-

mente, all'approvazione di uno specifico Piano di Risanamento che, nell'arco di un triennio, dovrà consentire al Sistema sanitario abruzzese di recuperare le situazioni di maggiore criticità e, inoltre, di creare le condizioni di base per attuare, in seguito, la sua riprogettazione in ottica razionale. Di fronte alla necessità di recuperare le funzioni di programmazione e controllo, di Sistema e d'Azienda, il problema di fondo è stato quello di ricercare modelli e strumenti capaci di fornire una visione sistemica dei servizi sanitari al fine di favorire lo sviluppo di un insieme di obiettivi equilibrato e in grado di affrontare il complesso delle relazioni esistenti tra scelte di tutela della salute e scelte di allocazione delle risorse o, in altri termini, di coniugare il governo clinico con quello economico. La scelta della Regione Abruzzo, in questo senso, è approdata sul modello della *balanced scorecard* (BSC) poiché, attraverso la chiara individuazione delle diverse prospettive della programmazione (risultati, pazienti, processi inter-

SERVIZI SANITARI DELLA REGIONE ABRUZZO

La Regione Abruzzo è organizzata su quattro provincie e 305 comuni con una popolazione complessiva di 1.305.307 abitanti come riportato in tabella.

POPOLAZIONE PER PROVINCIA

PROVINCIA	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
CHIETI	190595	200875	391470
PESCARA	149538	160409	309947
TERAMO	146040	152749	298789
L'AQUILA	148551	156550	305101
Totale	634724	670583	1305307

I servizi sanitari sono organizzati in sei ASL (Avezzano Sulmona, Chieti, Lanciano-Vasto, L'Aquila, Pescara e Teramo). Nella bozza di Piano sanitario regionale 2008-2010, approvata con DGR n 869/C del 27 agosto 2007, in coerenza con quanto stabilito dall'Accordo siglato con i Ministeri dell'Economia e della Salute, è previsto il completamento del processo di Aziendalizzazione delle strutture ospedaliero-universitarie, ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999 n 517, quindi la costituzione di quattro ASL, su base provinciale, e due Aziende ospedaliero-universitarie (Chieti e L'Aquila).

Complessivamente il numero di dipendenti del Servizio sanitario regionale è pari a 16.624, come riportato in tabella, e vede la presenza di 1.111 MMG e 186 PLS.

SEGUE - **SERVIZI SANITARI DELLA REGIONE ABRUZZO****PERSONALE DIPENDENTE PER RUOLO**

	AVEZZANO	CHIETI	LANCIANO	L'AQUILA	PESCARA	TERAMO	Totale
Amministrativo	298	274	259	181	411	376	1778
Professionale	3	1	2	3	10	4	23
Sanitario	1713	1850	1948	1278	2567	2529	11804
Tecnico	488	319	664	311	550	585	2906
Totale	2502	2444	2873	1773	3538	3494	16624

Da un punto di vista economico, il trend dei costi sostenuti, nel periodo 2001-2006, evidenzia un incremento complessivo pari al 30,80% nell'ambito del quale si registrano incrementi di particolare criticità in riferimento all'Assistenza Sanitaria di Base e Convenzionata (41,78%) e alla somma dell'acquisto di Prodotti Farmaceutici e di Altri Beni e Servizi (59,60%). Si evidenzia, inoltre, il superamento dei parametri relativi alla spesa farmaceutica complessiva e al costo del personale al di là degli incrementi relativi registrati che, rispetto ad altre voci, risulta sicuramente più contenuto.

COSTI DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE PER MACROVOCI (MILIONI DI EURO)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ass.za Farmaceutica Convenzionata	282	288	278	277	275	289
Ass.za Sanitaria di Base e Conv.ta	383	433	451	477	536	543
Prodotti Farmaceutici	53	69	82	93	106	118
Acquisto Beni e Servizi	249	274	293	313	349	364
Costi del Personale	634	650	673	677	755	755
Altri Costi	99	125	218	141	236	156
Totale Costi	1701	1839	1996	1979	2257	2225

L'entità complessiva dei costi sostenuti, peraltro, ha determinato il sistematico superamento dei livelli di finanziamento e, per tale ragione, si è generata una situazione di accumulo di debiti, per il periodo 2001-2005, pari a 2.061 milioni di euro.

ni e sviluppo e apprendimento), l'inquadramento, all'interno delle stesse, degli obiettivi generali di programma e delle relative misure di verifica e, soprattutto, grazie all'esplicitazione delle relazioni di causa-effetto che legano, fra loro, le azioni da intraprendere per raggiungere i risultati finali, sia clinico assistenziali che economici, rappresenta, ad oggi, lo strumento di riferimento più evoluto per supportare processi decisionali complessi e nei quali la "multidimensionalità" del risultato ne rappresenta l'espressione più evidente.

L'adozione della BSC come strumento per esplicitare piani e programmi di Sistema, peraltro,

supera la mera esigenza di fornire una visione sistemica, trasparente ed equilibrata degli obiettivi da raggiungere. Nel disegno regionale della complessiva funzione di programmazione, controllo e valutazione, infatti, la BSC assume un ruolo centrale di coordinamento e integrazione delle azioni di programma Aziendali rispetto a quelle regionali, nel pieno rispetto dei principi di "governance", rafforzando il concetto di unitarietà del Sistema sanitario e, contestualmente, dei sistemi di gestione Aziendali, nell'ambito dei quali la BSC adempie alla più tradizionale funzione di raccordo tra strategia e direzione a livello locale. A tale scopo, a discen-

dere dal quadro programmatico regionale, il sistema degli obiettivi è stato declinato rispetto al ruolo richiesto a ciascuna Azienda sanitaria e all'Assessorato regionale giungendo, così, a definire, oltre a quella sintetica di sistema, sette ulteriori schemi di BSC distinti (uno per ogni Azienda e uno per la Direzione Sanità/ASR). In questo modo, la BSC è diventata lo strumento per veicolare gli obiettivi annuali, oggetto di negoziazione e successivamente di valutazione, vincolando ogni attore del Sistema a specifiche responsabilità di risultato. La rivitalizzazione delle funzioni di programmazione, in Regione Abruzzo, prende avvio con la LR n. 20 del 23/06/06, recante "Misure per il settore sanità relative al funzionamento delle strutture sanitarie e dall'utilizzo appropriato dei regimi assistenziali del macrolivello ospedaliero e territoriale e per la loro regolazione" seguita, successivamente, dalla LR n. 6 del 05/04/07, recante "Linee guida per la redazione del Piano Sanitario 2007-2009 – Un sistema di Garanzie per la salute – Il Piano di riordino della Rete Ospedaliera", con le quali sono stati definiti piani e programmi orientati al miglioramento dei livelli di appropriatezza della funzione di ricovero ospedaliero e, contemporaneamente, vengono create le condizioni di base per l'avvio del processo di riordino complessivo della stessa rete. Successivamente, a seguito dell'avvio della procedura con la quale i ministeri della Salute e dell'Economia hanno contestato il rilevante squilibrio esistente tra Fondo sanitario regionale e ammontare complessivo dei costi sostenuti dal Sistema sanitario regionale, è stato predisposto il Piano triennale di Risanamento (2007-2009), con accordo siglato tra i ministeri citati e la Regione Abruzzo, approvato con DGR del 13/03/07 n. 224. Il Piano di Risanamento, oltre ad inglobare i contenuti della legge di riordino della rete ospedaliera, identifica le azioni necessarie per il contenimento dei costi di Sistema, al fine di renderli compatibili, oltre che con l'entità complessiva del Fondo Sa-

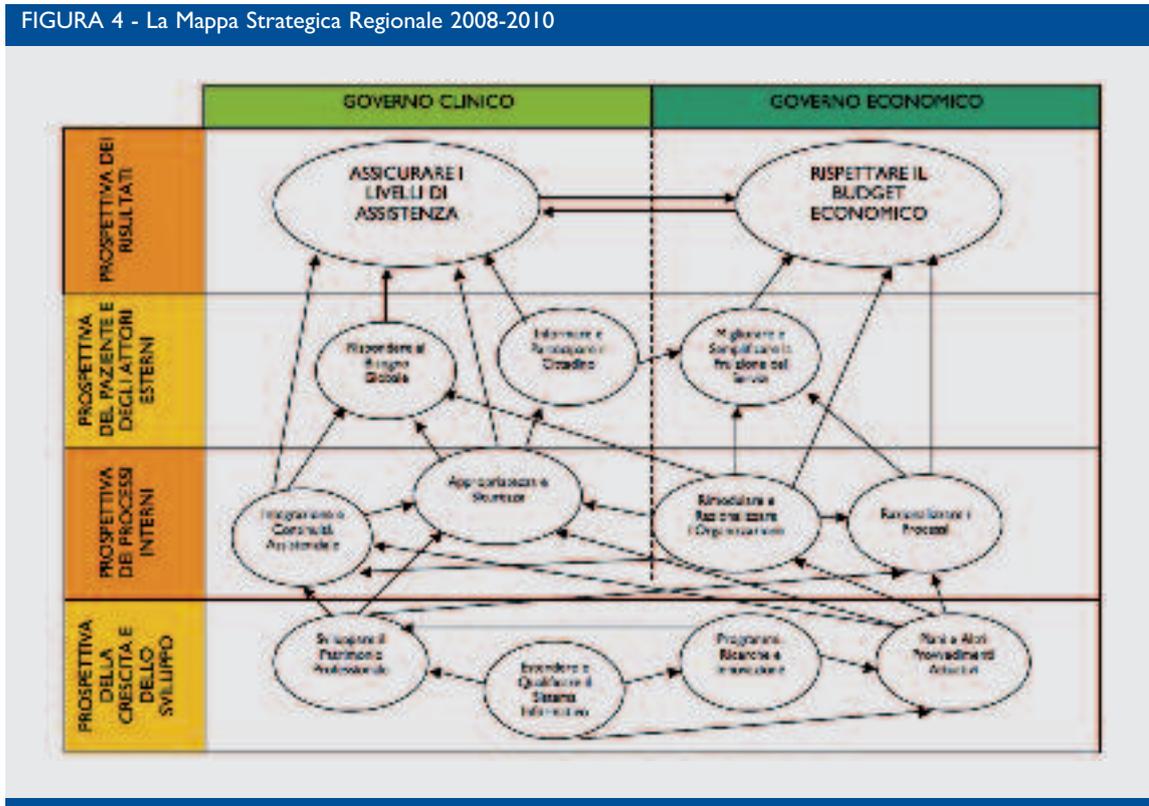
nitario disponibile, con i principali indicatori, definiti a livello nazionale, relativi alla spesa farmaceutica e ai costi del personale dipendente. Lo stesso Piano, infine, traccia le principali linee d'intervento per il potenziamento dei servizi territoriali quale condizione necessaria per consentire il corretto sviluppo dei programmi di riordino della rete ospedaliera che, tra l'altro, sono finalizzati alla riduzione del tasso di ospedalizzazione.

I due provvedimenti citati hanno rappresentato la base fondamentale per la definizione, secondo l'approccio BSC, della mappa strategica provvisoria per i servizi sanitari della Regione. La valenza non ancora definitiva della mappa strategica è da ricondurre all'assenza di un documento programmatico regionale di valenza globale, ossia del Piano Sanitario Regionale che, per il triennio 2008-2010, è attualmente al vaglio del Consiglio Regionale. È quindi sulla base di quest'ultimo documento programmatico che, seppure ancora in bozza, si è ritenuto opportuno costruire la mappa strategica definitiva e che, fatti salvi gli interventi sui contenuti programmatici del Piano che potranno essere definiti in sede di discussione politica, si manterrà stabile per l'intero periodo di programmazione. La mappa, costruita attorno alle quattro prospettive di base di cui al precedente paragrafo, si articola in tredici Aree Chiave di Risultato, rappresentative dei valori e degli ambiti d'intervento definiti dalla programmazione regionale, fra loro collegate da relazioni di causa-effetto (vedi figura 4). Il significato delle singole Aree di Risultato, quindi la natura degli Indicatori Chiave di Risultato che in esse sono contenuti, e il senso delle relazioni che le lega ad altre Aree Chiave di Risultato, sono esplicitati nella tabella 1.

Al fine di fornire un'ideale chiave di lettura della mappa strategica, si ritiene utile esplicitare i seguenti aspetti:

- le Aree Chiave di Risultato, individuate in base ai contenuti del Piano Sanitario Regio-

FIGURA 4 - La Mappa Strategica Regionale 2008-2010



nale e del Piano di Risanamento, sono state allocate nelle diverse prospettive in virtù del significato a queste ultime attribuito. Peraltro, si è ritenuto utile collocare le diverse Aree Chiave, in ragione del criterio di prevalenza, anche nelle due sezioni della mappa che distinguono tra interventi ed azioni a prevalente contenuto di governo clinico e quelle a prevalente contenuto di governo economico. Con ciò non si è inteso creare una distinzione tra le due linee di governo di sistema che, in realtà, devono avere uno sviluppo congiunto ed assolutamente unitario ma, più semplicemente, fornire un ulteriore elemento distintivo alle stesse Aree Chiave di Risultato al fine di favorire una migliore focalizzazione delle misure di performance in esse contenute. La stessa distinzione di prevalenza, in ogni caso, non è stata applicata alle azioni e ai programmi della prospettiva della crescita e dello sviluppo la cui valenza è di certo globale;

■ attraverso il sistema delle relazioni di causa effetto che legano fra loro le Aree Chiave, si è cercato di fornire una visione sistematica dell'impianto programmatico regionale. Tali relazioni, peraltro, hanno valore esclusivamente logico; in altri termini, non nascono da analisi statistiche capaci di esprimere, quantitativamente, l'impatto atteso sui risultati di un'Aree Chiave generata dal perseguimento degli obiettivi di altre ma, più semplicemente, la dichiarazione dell'attesa di un impatto la cui misurazione, anche a posteriori, non è effettuabile allo stato di sviluppo della conoscenza. Nonostante la "debolezza" scientifica del sistema di relazioni di causa-effetto definite nella mappa strategica, si ritiene che esse abbiano un forte valore sostanziale quale elemento di esplicitazione del razionale che sta alla base del processo di programmazione. In altre parole, la singola relazione di causa-effetto individuata, pur non essendo scientificamente sostenibile, è rappresentativa del

modo di ragionare, delle ipotesi e delle valutazioni operate dal programmatore per definire piani, programmi ed obiettivi. In tal senso, esse non solo rappresentano una forma inequivocabile di trasparenza del processo decisionale ma, al contempo, presuppongono l'assunzione di una specifica responsabilità rispetto all'efficacia delle azioni di piano. Non va dimenticato, infine, che l'assenza di elementi conoscitivi certi, nell'ambito dello sviluppo dei processi decisionali legati alle funzioni di governo e direzione, vengono compensati dalle capacità decisionali del "programmatore" il quale, per il tramite di ipotesi e congetture, elabora il proprio modello cognitivo che consente l'esplicitazione delle scelte. In questo senso, la rappresentazione delle relazioni di causa-effetto, nell'ambito della mappa strategica, risulta essere pienamente coerente con le normali attività di management;

- in alcuni casi, il sistema di relazioni di causa-

effetto individuato generano, nei rapporti tra Aree Chiave di Risultato, un impatto diretto e, congiuntamente, un impatto indiretto per il tramite di altre Aree Chiave di Risultato. È il caso, a titolo puramente esemplificativo, dell'Area "(Migliorare) l'Appropriatezza e la Sicurezza" che influenza direttamente e indirettamente, per il tramite delle Aree "Rispondere al Bisogno Globale" e "Informare e Partecipare il Cittadino", l'Area "Assicurare i Livelli di Assistenza". Ciò è dovuto alla natura delle azioni e, quindi, degli Indicatori Chiave di Risultato utilizzati per verificare la capacità di perseguire gli obiettivi dell'Area di origine del sistema di relazioni. Alcuni indicatori, infatti, tendono a produrre un impatto diretto sui livelli di assistenza, altri, invece, sono in grado di influenzare tale Area solo per il tramite di risultati perseguibili nell'ambito di altre Aree.

Una volta definita la mappa strategica regionale, il secondo passaggio di sviluppo della BSC,

TABELLA 1 Significato delle Aree Chiave di Risultato della Mappa Strategica 2008-2010 della Regione Abruzzo

DENOMINAZIONE AREA:	ESTENDERE E QUALIFICARE IL SISTEMA INFORMATIVO
PROSPETTIVA DI RIFERIMENTO:	CRESCITA E SVILUPPO

RAZIONALE

Uno dei maggiori punti di debolezza del Sistema Sanitario abruzzese è sicuramente rappresentato dalle carenze che si registrano nel sistema di misurazione dei fenomeni gestionali, sia da un punto di vista clinico assistenziale che economico, il quale risulta ancora caratterizzato dalla frammentarietà dello stesso, dal grado di tempestività ed affidabilità con le quali sono prodotte le informazioni e, in molti ambiti, anche per l'esistenza di importanti lacune conoscitive. In questo senso, l'Area assume la denominazione generica di azioni specifiche individuate nel Piano Sanitario Regionale e che interessano tanto la progettazione e sperimentazione di nuovi flussi informativi quanto l'affinamento e il consolidamento di quelli già esistenti.

IL SISTEMA DELLE RELAZIONI CAUSA-EFFETTO

L'Area in esame è l'unica, delle tredici individuate nella mappa strategica, che non è alimentata da relazioni provenienti da altre Aree. In questo senso, è da intendersi quale base di sviluppo dell'intero sistema di programmi regionali in qualità di elemento essenziale ed irrinunciabile per sostenere la funzione di governo. Senza conoscenza, infatti, le forme di controllo e di governo si limitano alla sola dimensione economico-finanziaria della gestione (riquadro in basso a sinistra della matrice Ouchi -cfr. fig.1) senza costruire le necessarie premesse conoscitive per misurare adeguatamente le performance qualitative. L'estensione e la qualificazione del sistema informativo, per contro, ali-

SEGUE TABELLA I

menta le aree dei “Programmi, Ricerche e Innovazione” e dei “Piani e Altri Provvedimenti Attuativi” in quanto ne rappresenta la necessaria premessa conoscitiva. L’Area, inoltre, alimenta quella denominata “Sviluppare il Patrimonio Professionale” in quanto, attraverso la produzione di informazioni, si sviluppa conoscenza che, a sua volta, rappresenta una condizione per lo sviluppo continuo del patrimonio professionale.

DENOMINAZIONE AREA:	(SVILUPPARE) PROGRAMMI, RICERCHE E INNOVAZIONE
PROSPETTIVA DI RIFERIMENTO:	CRESCITA E SVILUPPO

RAZIONALE

Una delle ragioni che hanno indotto alla scelta della BSC, tra i possibili strumenti di supporto alla programmazione regionale, è rappresentata dall’opportunità, offerta dal sistema bilanciato di indicatori di performance che gli è proprio, di ricercare, seppure in attuazione di quanto previsto dal Piano di Risanamento, i possibili spazi per assicurare il miglioramento dei servizi e lo sviluppo futuro degli stessi. In questa Area, pertanto, rientrano i progetti di studio legati allo sviluppo di nuovi sistemi di misurazione e valutazione dei servizi sanitari, con particolare riferimento alla dimensione della qualità e dell’appropriatezza, così come i progetti, di studio o sperimentali, orientati a definire le caratteristiche e la sostenibilità di nuove forme assistenziali.

IL SISTEMA DELLE RELAZIONI CAUSA-EFFETTO

In considerazione della valenza attuativa di quanto sviluppato nell’ambito delle azioni di programma incluse nell’Area oggetto di analisi, una prima relazione di causa-effetto alimenta, a partire dalla presente, l’Area “Piani e Altri Provvedimenti Attuativi”. L’Area, infine, si caratterizza per alimentare, mediante una seconda relazione di causa-effetto, quella relativa a “Sviluppare il Patrimonio Professionale” in quanto riconosciuta componente significativa per i programmi di sviluppo continuo del patrimonio professionale.

DENOMINAZIONE AREA:	(FORMALIZZARE) I PIANI E ALTRI PROVVEDIMENTI ATTUATIVI
PROSPETTIVA DI RIFERIMENTO:	CRESCITA E SVILUPPO

RAZIONALE

Lo sviluppo di un Piano Sanitario Regionale, così come la realizzazione del Piano di Risanamento, prevede la formalizzazione di provvedimenti di varia natura la cui assunzione risulta essenziale per rendere possibile lo svolgimento delle attività dei servizi sanitari nell’ambito di regole predefinite. In quest’Area, pertanto, sono previsti Indicatori finalizzati a verificare l’effettiva definizione di Piani Attuativi mirati, la costituzione di organismi di coordinamento a livello di Sistema e la formalizzazione di tutti gli atti necessari per il buon sviluppo della programmazione regionale.

IL SISTEMA DELLE RELAZIONI CAUSA-EFFETTO

L’Area è alimentata, oltre che dagli elementi programmatori già definiti a livello regionale, dai risultati prodotti dallo sviluppo di Programmi e Ricerche orientati all’innovazione e, inevitabilmente, dalle evidenze prodotte dal Sistema Informativo. A sua volta, l’Area in esame rappresenta la fonte fondamentale per “Rimodulare e Razionalizzare l’Organizzazione”, “Razionalizzare i Processi (produttivi)”, “(Migliorare) l’Appropriatezza e la Sicurezza” dei servizi e delle prestazioni e “(Assicurare) l’Integrazione e la Continuità Assistenziale”.

SEGUE TABELLA I

DENOMINAZIONE AREA:	SVILUPPARE IL PATRIMONIO PROFESSIONALE
PROSPETTIVA DI RIFERIMENTO:	CRESCITA E SVILUPPO

RAZIONALE

Il Patrimonio Professionale rappresenta il fattore critico di successo fondamentale per assicurare ai cittadini prestazioni e servizi ai più elevati standard di qualità. In questo senso, il suo sviluppo continuo rappresenta, anche in coerenza con le logiche e modelli proposti dalla “clinical governance”, una delle azioni di programma di maggior rilievo della Regione Abruzzo.

IL SISTEMA DELLE RELAZIONI CAUSA-EFFETTO

Sviluppare le competenze e le capacità delle persone che prestano la loro attività nei servizi sanitari, significa creare le condizioni per migliorare, in ottica globale, le modalità di gestione dei processi produttivi e risultati da questi generati. In questo senso, l’Area in esame alimenta quelle relative all’“(Assicurare) l’Integrazione e la Continuità Assistenziale”, a “(Migliorare) l’Appropriatezza e la Sicurezza” e a “Razionalizzare i Processi (produttivi)”.

DENOMINAZIONE AREA:	RIMODULARE E RAZIONALIZZARE L’ORGANIZZAZIONE
PROSPETTIVA DI RIFERIMENTO:	PROCESSI INTERNI

RAZIONALE

La Rimodulazione e la Razionalizzazione dell’Organizzazione rappresenta, nell’ambito della mappa strategica della Regione Abruzzo, il perno centrale del processo di cambiamento che dovrà consentire la sua riprogettazione futura. Rientrano in quest’Area le azioni volte a modificare la struttura organizzativa dei servizi sanitari o che prevedono interventi di modifica strutturale dell’assetto dell’offerta inteso anche come processo di adeguamento agli standard dell’accreditamento.

IL SISTEMA DELLE RELAZIONI CAUSA-EFFETTO

La rimodulazione dell’organizzazione è orientata a favorire, attraverso la ridefinizione degli ambiti di responsabilità, l’“(Integrare e la Continuità Assistenziale)” così come la capacità di “Rispondere al Bisogno Globale”. Sempre la rimodulazione dell’organizzazione, attraverso una diversa distribuzione dei servizi sul territorio, impatta su “Migliorare e Semplificare la Fruizione dei Servizi”. Quando l’oggetto della rimodulazione organizzativa consiste anche nel sostenere i processi di deospedalizzazione del paziente, l’Area influenza, con i suoi risultati, la capacità di “Rispondere al Bisogno Globale” e i livelli di “Appropriatezza e Sicurezza” che devono essere assicurati dal sistema sanitario. La razionalizzazione dell’organizzazione, infine, influenza tutte le Aree Chiave precedenti e, inoltre, impatta sulla capacità del sistema di “Razionalizzare i Processi (Produttivi)” e, inevitabilmente, l’Area di risultato “Rispettare il Budget Economico” in virtù del miglioramento dei livelli di economicità della stessa organizzazione.

Tabella I (segue): Significato delle Aree Chiave di Risultato della Mappa Strategica 2008-2010 della Regione Abruzzo

DENOMINAZIONE AREA:	(MIGLIORARE) APPROPRIATEZZA E SICUREZZA
PROSPETTIVA DI RIFERIMENTO:	PROCESSI INTERNI

RAZIONALE

Il miglioramento dell’appropriatezza e della sicurezza dei processi produttivi è requisito imprescindibile dell’attività dei servizi sanitari. Essa, peraltro, va promossa con azioni specifiche e misurata. Nell’ambito di questa Area, pertan-

SEGUE TABELLA I

to, vengono individuate le misure atte a verificare i livelli di Appropriatezza e Sicurezza conseguiti rispetto agli standard predefiniti e, solo quando mancano tali presupposti, le realizzazione di specifiche azioni a ciò finalizzate.

IL SISTEMA DELLE RELAZIONI CAUSA-EFFETTO

Attraverso i risultati conseguiti in questa Area, si ritiene possibile influenzare, positivamente, la capacità del sistema di “Rispondere al Bisogno Globale” e, parallelamente, di supportare le azioni e i programmi inseriti nell’Area “Informare e Partecipare il Cittadino”. Chiaramente, i risultati ottenuti sul fronte dell’Appropriatezza favoriscono, in modo autonomo, la capacità del sistema di “Assicurare i Livelli di Assistenza”.

DENOMINAZIONE AREA:	(ASSICURARE) L'INTEGRAZIONE E LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
PROSPETTIVA DI RIFERIMENTO:	PROCESSI INTERNI

RAZIONALE

Il significato dell’Area è duplice: favorire l’integrazione organizzativa e, parallelamente, quella clinico assistenziale migliorando, in tal senso, la Continuità Assistenziale. La prima, spesso, rappresenta una condizione necessaria per la seconda e, in tal senso, si è ritenuto opportuno sintetizzare in un’unica Area le misure di performance orientate a verificare gli standard specifici assicurati e la realizzazione di quei fattori di cambiamento che rendono possibile, a componenti diverse del sistema, di operare congiuntamente per il perseguimento di un fine comune.

IL SISTEMA DELLE RELAZIONI CAUSA-EFFETTO

L’impatto positivo determinato dai risultati prodotti dall’Area in oggetto riguardano in primo luogo la capacità del sistema di “Rispondere al Bisogno Globale”. Attraverso la Continuità Assistenziale, infatti, si rende possibile seguire complessivamente il paziente e i suoi famigliari migliorando la capacità di intercettare i bisogni specifici e di identificare tempestivamente le risposte socio-assistenziali più adeguate. La realizzazione dalle forme di integrazione, organizzative e clinico/assistenziali, previste dalla programmazione regionale, inoltre, sono tali da favorire anche il miglioramento dell’“Appropriatezza e Sicurezza” dei servizi erogati e, in ogni caso, la capacità di “Assicurare i Livelli di Assistenza”.

DENOMINAZIONE AREA:	RAZIONALIZZARE I PROCESSI (PRODUTTIVI)
PROSPETTIVA DI RIFERIMENTO:	PROCESSI INTERNI

RAZIONALE

Se nelle due Aree precedenti gli interventi sui processi erano orientati al miglioramento delle caratteristiche dei risultati dei servizi sanitari sotto il profilo professionale e della capacità di assicurare le risposte clinico-assistenziali adeguate, in quest’Area, la focalizzazione sui processi è più orientata agli aspetti economici e sulla ingegnerizzazione degli stessi. In questo senso, sono previste misure di performance dell’efficienza e della effettiva definizione di processi produttivi.

IL SISTEMA DELLE RELAZIONI CAUSA-EFFETTO

Sebbene l’impatto derivante dagli interventi di razionalizzazione sui processi produttivi potrebbero essere rivendicati anche sul fronte clinico assistenziale, nell’ambito della mappa strategica si è ritenuto privilegiare le relazioni di causa-effetto che, a partire dall’Area in esame, alimentano “Migliorare e Semplificare la Fruizione dei Servizi” e, inevitabilmente, “Rispettare il Budget Economico”.

SEGUE TABELLA I

Denominazione Area:	Rispondere al Bisogno Globale
Prospettiva di Riferimento:	Paziente ed Altri Attori Esterni

RAZIONALE

Uno dei valori di maggior rilievo, tra quelli espressi dal Piano Sanitario della Regione Abruzzo, è l'orientamento a sviluppare capacità, per il tramite di azioni e programmi, per rispondere in modo adeguato al bisogno del paziente non solo sotto il profilo clinico-assistenziale ma, anche sotto quello sociale fornendo, in tal modo, una risposta globale agli stessi bisogni. L'Area, tuttavia, tende ad assumere una valenza estensiva di tale concetto, non limitando il sistema di misure delle performance all'aspetto specifico appena evidenziato e, quindi, prevedendo un insieme di indicatori in grado di misurare forme diverse di risposta globale al bisogno.

IL SISTEMA DELLE RELAZIONI CAUSA-EFFETTO

L'Area in esame alimenta unicamente quella relativa ad "Assicurare i Livelli di Assistenza".

DENOMINAZIONE AREA:	INFORMARE E PARTECIPARE IL CITTADINO
PROSPETTIVA DI RIFERIMENTO:	PAZIENTE ED ALTRI ATTORI ESTERNI

RAZIONALE

Il tema della centralità del cittadino nell'ambito delle modalità di organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari, è ormai generalmente riconosciuto. Il cittadino, singolarmente considerato o come collettività, necessita di interagire con il sistema sia per acquisire gli elementi utili per operare, in collaborazione con gli operatori socio-sanitari, le scelte socio-assistenziali che lo riguardano, sia per contribuire alla programmazione e alla definizione degli assetti dell'offerta dei servizi. In quest'Area, sono incluse le misure di performance in grado di verificare il grado di sviluppo di tale relazione bilaterale e, quindi, rappresentative degli esiti dei processi di comunicazione/informazione e di quelli legati alla partecipazione del cittadino nella valutazione dei servizi sanitari.

IL SISTEMA DELLE RELAZIONI CAUSA-EFFETTO

Coinvolgere il cittadino attraverso forme di comunicazione-informazione, contribuisce positivamente all'utilizzo consapevole dei servizi sanitari offerti dal Sistema Sanitario e, quindi, nel favorire la capacità del sistema ad "Assicurare i Livelli di Assistenza". Parallelamente, rendendo disponibili informazioni chiare sulle caratteristiche dei servizi offerti, sulla loro ubicazione fisica e sulle modalità per il loro utilizzo, l'Area promuove i risultati perseguibili in termini di "Migliorare e Semplificare la Fruizione dei Servizi".

DENOMINAZIONE AREA:	MIGLIORARE E SEMPLIFICARE LA FRUIZIONE DEI SERVIZI
PROSPETTIVA DI RIFERIMENTO:	PAZIENTE ED ALTRI ATTORI ESTERNI

RAZIONALE

Migliorare e Semplificare la Fruizione dei Servizi, con particolare riferimento ai soggetti deboli, rappresenta un ulteriore valore di fondo della programmazione regionale. In questo senso, pertanto, l'identificazione di un'Area Chiave di Risultato specifica che, in generale, tende a misurare la capacità del sistema di essere più vicino al cittadino e di creare le condizioni di base per consentire l'accesso equo ed universale ai servizi sanitari.

IL SISTEMA DELLE RELAZIONI CAUSA-EFFETTO

Migliorare le modalità operative di fruizione dei servizi, significa anche avvicinare i cittadini e i pazienti alle strutture

SEGUE TABELLA I

di erogazione del Sistema Sanitario Regionale. In questo, si è previsto che l'ottenimento dei risultati previsti possa contribuire alla riduzione dei fenomeni di fuga verso sistemi sanitari di altre regioni e, quindi, contribuire a "Rispettare il Budget Economico".

DENOMINAZIONE AREA:	RISPETTARE IL BUDGET ECONOMICO
PROSPETTIVA DI RIFERIMENTO:	RISULTATI

RAZIONALE

Il rispetto del budget economico assegnato, oltre ad essere una condizione naturalmente garantita per il tramite della gestione, rappresenta un elemento essenziale alla base dell'Accordo siglato nei rapporti tra Regione Abruzzo e Ministeri dell'Economia e della Salute. In quest'Area, pertanto, sono previste le misure atte a verificare il rispetto dei principali parametri economici concordati. L'entità del budget a disposizione, infine, rappresenta un vincolo per rendere possibile "Assicurare i Livelli di Assistenza".

DENOMINAZIONE AREA:	ASSICURARE I LIVELLI DI ASSISTENZA
PROSPETTIVA DI RIFERIMENTO:	RISULTATI

RAZIONALE

L'ultima Area Chiave, infine, si riferisce alla capacità di rispondere alla finalità istituzionali del Sistema Sanitario. La valenza annuale della BSC, tuttavia, ha fatto ritenere che in tale Area, anziché impiegare misure di esito, la focalizzazione degli indicatori di performance dovesse far riferimento alla capacità di assicurare risposte adeguate alla domanda di servizi sanitari. Perciò, sono state utilizzate misure di copertura della domanda ed altri parametri espressivi dei livelli assistenziali definiti dalla programmazione. Gli "esiti", peraltro, mantengono intatta la loro validità di misura di performance in relazione a periodi temporali pluriennali. In tal senso, è previsto lo sviluppo di idonei strumenti di rilevazione degli esiti al fine di valutare l'efficacia, al termine del periodo di vigenza, del Piano Sanitario Regionale. I Livelli di Assistenza che si intendono assicurare determinano, inevitabilmente, un impatto sulle risorse necessarie e, quindi, influenzano i risultati dell'Area "Rispettare il Budget Economico".

è stato effettuato mediante la riproposizione dei contenuti dei piani, in azioni puntuali da collocare nell'ambito delle Aree di Risultato individuate. Per semplificare tale operazione, si è ritenuto rappresentare, in sequenza, le Aree di Risultato per "attraversarle" con i programmi generali regionali. In questo senso si è dato vita ad uno schema matriciale che, dal punto di vista grafico, è rappresentato in figura 5.

Complessivamente sono stati rappresentati 21 programmi regionali articolati, a loro volta, in 57 linee d'azione così come definito nella tabella 2. La lettura dei programmi e delle azioni regio-

nali rispetto alle Aree Chiave di Risultato precedentemente individuate ha generato una versione della mappa strategica, articolata in cinque sezioni, nell'ambito della quale, per ciascuna linea d'azione, sono stati individuati gli oggetti di verifica utili per valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi strategici sia rispetto al singolo programma (o linea d'azione) che per Area Chiave. Nella mappa strategica integrata (Aree Chiave e Programmi Regionali) sono stati quindi identificati, in corrispondenza degli incroci della matrice che considera le due dimensioni della stessa, le singole azioni da com-

FIGURA 5 - Schema di lettura dei programmi regionali rispetto alle Aree Chiave di Risultato del modello BSC

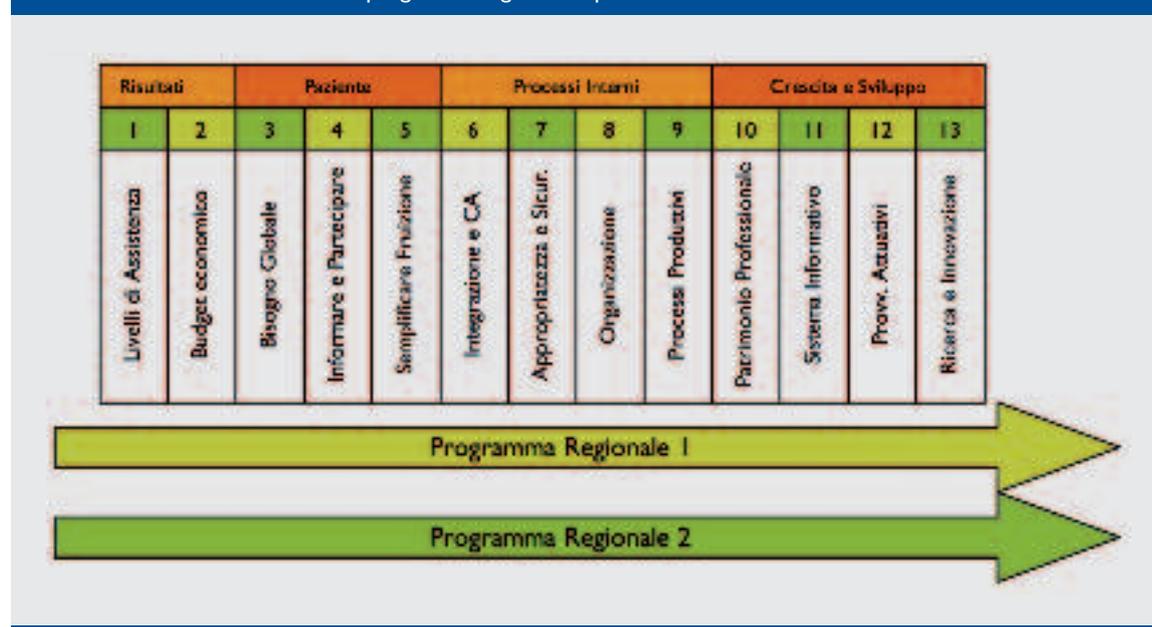


TABELLA 2 - L'elenco dei programmi generali regionali

SETTORE	PROGRAMMA	N. LINEE D'AZIONE
Prevenzione Collettiva	Riprogettazione Organizzativa del Dipartimento di Prevenzione e Progettualità generali	1
	Rimodulazione e Miglioramento dell'Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica	1
	Potenziamento e Miglioramento Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	1
	Rimodulazione e Miglioramento SIAN	2
	Potenziamento Medicina dello Sport	1
	Rimodulazione e Miglioramento Servizi Veterinari	2
Assistenza Territoriale	Riprogettazione Generale dei Distretti e delle Funzioni Attribuite	2
	Riorganizzazione, Potenziamento e Miglioramento Assistenza Primaria	4
	Riorganizzazione, Potenziamento e Miglioramento Assistenza Intermedia	4
	Riorganizzazione Assistenza Consultoriale	1
	Riorganizzazione Dipendenze Patologiche	1
	Rimodulazione e Miglioramento Salute Mentale	1
Assistenza Ospedaliera	Ospedale Senza Dolore	1
	Assistenza Farmaceutica Ospedaliera e Dispositivi Medici	2
	Razionalizzazione e riqualificazione dell'offerta ospedaliera	4
Reti Cliniche	Governo Clinico e Risk Management	2
	Reti Cliniche	20
Altri Programmi	Potenziare e migliorare le capacità di conoscere e programmare	2
	Rimodulazione degli assetti istituzionali di Sistema	3
	Sviluppo continuo delle professionalità	1
	Altre Azioni Legate al Piano di Risanamento	1

riere e gli impatti da esse attesi riproponendo, da un punto di vista logico, l'idea del sistema di relazioni causa-effetto derivante dal modello BSC. In questo senso, sebbene graficamente non rappresentate, la lettura della sezione della mappa integrata relativa all'assistenza territoriale di tipo intermedio (vedi figura 6)⁸ rende evidente il ruolo delle azioni previste nell'Area Chiave

“Programmi, Ricerche e Innovazione” a supporto di quelle contenute nell'Area “Piani e Altri Provvedimenti Attuativi” e, allo stesso modo, la valenza delle azioni contenute in quest'ultima per rendere possibile lo sviluppo organico delle azioni e degli impatti identificati nelle Aree Chiave delle prospettive dei Processi Interni, del Paziente e dei Risultati.

FIGURA 6 - Sezione della Mappa Strategica Regionale integrata (Aree Chiave – Programmi Generali) relativa al programma “Riorganizzazione, Potenziamento e Miglioramento Assistenza Intermedia”

AZIONE		ASSICURARE I LIVELLI DI ASSISTENZA	ASSICURARE L'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO	RISPONDERE AL BISOGNO GLOBALE	INFORMARE E PARTECIPARE IL CITTADINO	MIGLIORARE E SEMPLIFICARE LA FRUIZIONE DEI SERVIZI	INTEGRAZIONE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE
A	Aspetti organizzativi e progettuali						
B	Sistema delle cure domiciliari	Pazienti in CD	Distribuzione farmaci e presidi in CD	Pazienti con valutazione UVM	Care giver	Copertura degli ambiti distrettuali	Piani assistenziali integrati (ASL-EELL)
				Grado di deospedalizzazione assistenza nei pz. cronici		Tempo medio valutazione richiesta di ammissione alle CD	
C	Sistema della residenzialità e semiresidenzialità per anziani non autosufficienti	Tasso assistiti in semiresidenziale	Distribuzione farmaci presso strutture residenziali e semiresidenziali	Pazienti con valutazione UVM		Tempo medio valutazione richiesta accesso alla residenzialità e semiresidenzialità	
		Tasso ospedalizzazione lungodegenti e riabilitazione	Budget strutture private				
		Tasso assistiti in residenziale					
D	Sistema extraospedaliero per la riabilitazione e la disabilità	Tasso assistiti in semi-residenziale	Distribuzione farmaci presso strutture di riabilitazione	Pazienti con valutazione UVM		Tempo medio valutazione richiesta accesso ai servizi riabilitativi extraospedalieri	
		Tasso ospedalizzazione lungodegenti e riabilitazione	Budget strutture private	Attivazione dei Case Manager e Care Giver			
		Tasso assistiti in residenziale	Costo pro-capite riabilitazione generale				

⁸ Nel presente lavoro non è stato possibile riprodurre tutta la documentazione relativa alla struttura della BSC della Regione Abruzzo. La stessa, peraltro, è consultabile presso il sito dell'Agenzia Sanitaria Regionale (www.asrabruzzo.it) nella quale è possibile approfondire la mappa strategica 2007 e le caratteristiche dei singoli Indicatori Chiave di Risultato impiegati per lo stesso esercizio (razionale, algoritmo di riferimento e modalità di verifica). La documentazione integrale della BSC 2008, invece, sarà disponibile alla consultazione a partire dal mese di marzo 2008.

Nello sviluppo della mappa integrata si è cercato di rispettare, nel limite del possibile e in coerenza con i contenuti dei diversi programmi, il principio di “bilanciamento” della BSC mediante l’individuazione, almeno a livello di programma generale regionale, di un oggetto di verifica per ogni Area Chiave individuata. In tal modo si è ottenuto uno schema generale di pro-

grammazione capace di fornire una visione bilanciata, per il tramite degli oggetti di verifica, della programmazione regionale. Nello specifico, tale modalità di procedere ha consentito di ottenere due risultati di estremo rilievo:

- a) la visione sistemica e multidimensionale dei servizi sanitari: l’idea di identificare almeno un oggetto di verifica per Area Chiave, infat-

APPROPRIATEZZA E SICUREZZA	RIMODULARE E RAZIONALIZZARE L'ORGANIZZAZIONE	RAZIONALIZZARE I PROCESSI PRODUTTIVI	SVILUPPARE LE COMPETENZE	ESTENDERE E QUALIFICAR IL SISTEMA INFORMATIVO	PIANI E ALTRI PROVVEDIMENTI ATTUATIVI	PROGRAMMI, RICERCHE E INNOVAZIONE
	Attivazione Struttura Organizzativa Complessa				Provvedimento formalizzazione standard	Definizione standard di profilo per l'assistenza intermedia
Rispetto degli standard di accesso alle CD	Adeguamento della capacità d'offerta ai bisogni	Attivazione del Gruppo Operativo Distrettuale	Piano formativo cure domiciliari	Adozione scheda RAD	Piani attuativo dello sviluppo cure domiciliari	Sperimentazione Manuale della Qualità delle Cure Domiciliari
						Progetto nutrizione artificiale domiciliare
						Progetto Pilota Cartella Domiciliare Integrata
Rispetto standard di accesso	Potenziamento offerta pubblica	Case mix trattato		Estensione del sistema di classificazione RUG III	Classificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali	
Eventi avversi		Definizione percorsi			Rimodulazione sistema tariffario	
		Piano di produzione			Piano Attuazione Potenziamento sistema residenzialità e semiresidenzialità	
Rispetto degli standard di accesso	Adeguamento offerta pubblica	Case mix trattato		Attivazione flusso informativo	Classificazione delle strutture di riabilitazione	Sviluppo e sperimentazione sistemi classificazione pazienti
Eventi avversi		Definizione percorsi			Rimodulazione sistema tariffario	Definizione standard di accesso
					Piano Attuazione Potenziamento sistema riabilitazione	

ti, ha consentito di evidenziare la molteplicità di misure utilizzabili per rappresentare i servizi sanitari ma, soprattutto, ha reso possibile mostrare il sistema di relazioni esistenti tra azioni compiute in un settore e risultati conseguiti nei diversi livelli di assistenza. A titolo puramente esemplificativo, l'impatto sul tasso di ospedalizzazione per acuti è determinato, nell'ambito della mappa integrata complessiva, dalle azioni specifiche condotte sul macrolivello assistenziale specifico ma, anche, dai programmi relativi all'assistenza territoriale (attivazione del Punto Unico di Accesso, riorganizzazione delle Cure Primarie, rimodulazione dell'offerta specialistica ambulatoriale) e a quelli afferenti alla linea progettuale delle reti cliniche. Di qui, quindi, la consapevolezza dell'azione congiunta di più forze per rendere possibile il perseguimento di obiettivi di sistema e, in considerazione dello sviluppo della mappa integrata, l'esigenza di sviluppare in senso logico, e nel rispetto di una tempistica predefinita, la sequenza di azioni previste dalla programmazione assegnando a ciascun attore interessato ruoli e responsabilità specifiche;

- b) la finalizzazione delle azioni di programma: l'esigenza di identificare, oltre alle azioni da compiere o agli standard (clinico-assistenziali o economici) da rispettare, le ipotesi di impatto sui risultati derivanti dallo sviluppo dei programmi regionali, ha costretto il programmatore a porsi, in modo sistematico, il quesito "per quale scopo finale sto sviluppando una determinata azione?". Non è infrequente che, nello sviluppo di un piano, il programmatore focalizzi maggiormente l'attenzione, nella fase di formulazione del sistema degli obiettivi, sui fattori ambientali interni e non su quelli esterni. Ciò, talora, è determinato dalla difficoltà nel reperire elementi conoscitivi sufficienti sui bisogni, sui livelli di appropriatezza della do-

manda o, ancora, sulle reali esigenze globali (socio-assistenziali) dei cittadini. In altri casi, invece, è legato alle enormi pressioni derivanti dagli organismi e dalle persone che operano e fanno parte del sistema dei servizi sanitari, incluso il livello politico, i quali sono prevalentemente orientati alla risoluzione di problematiche locali attraverso la proposizione di azioni che, pur essendo di indubbia validità per finalità organizzative interne (mantenimento di spazi di autonomia ritenuti indispensabili, adeguamenti organizzativo-strutturali per tutti i punti di erogazione esistenti, ecc.), talora sono definite senza considerare opportunamente fattori di sostenibilità economica e, soprattutto, di efficacia rispetto alla capacità di rispondere adeguatamente ai bisogni, complessivamente intesi, della popolazione. Rendere indispensabile l'identificazione di relazioni di causa-effetto tra azioni e risultati finali, sia sotto il profilo economico che quello della capacità di assicurare i livelli di assistenza, e la parallela formulazione di obiettivi, quantitativi e verificabili, rende inevitabilmente più forte, trasparente e comprensibile il contenuto programmatico dei piani definiti tanto a livello di Sistema che di Azienda sanitaria.

Complessivamente, dallo sviluppo della mappa strategica regionale integrata sono stati identificati oltre 700 oggetti di verifica, molti dei quali ripetuti più volte in ragione dell'esigenza di evidenziare la valenza sistemica dei programmi regionali, i quali sono stati sottoposti a due operazioni di classificazione al fine di giungere all'esplicitazione dell'elenco degli Indicatori Chiave di Risultato da utilizzare, per ciascun esercizio di vigenza del Piano Sanitario Regionale, per verificare il grado di realizzazione della strategia.

La prima operazione di classificazione è consistita nell'individuazione, per ciascun oggetto di verifica, di un Indicatore Chiave di Risultato

tato, la seconda invece, ha riguardato la classificazione di ciascun indicatore rispetto al soggetto o ai soggetti organizzativi che sono responsabili del perseguimento dell'obiettivo specifico e all'esercizio o agli esercizi di impiego dello stesso Indicatore per verificare l'attuazione della strategia.

La prima classificazione ha comportato un rilevante impegno sul piano della sintesi. In altri termini, si è cercato di aggregare, laddove ragionevole e tecnicamente possibile, una molteplicità di oggetti di verifica in un unico Indicatore di Risultato. A titolo esemplificativo, tale operazione è stata compiuta laddove si è previsto di attuare azioni con caratteristiche omogenee, come la formulazione di piani attuativi, il rispetto della tempistica definita per i diversi flussi informativi che alimentano il sistema di controllo sui servizi sanitari della Regione, l'attivazione di organismi di coordinamento regionali o Aziendali, lo studio e la formalizzazione di standard di processo-clinico assistenziale a livello regionale (profili) e la loro traduzione di percorsi clinico-assistenziali Aziendali, l'attivazione di nuove entità organizzative presso le Aziende sanitarie, ecc.

Ciò ha consentito di evitare l'individuazione di Indicatori Chiave per ciascun adempimento specificamente individuato nell'ambito della mappa integrata e, parallelamente, l'individuazione di Indicatori di Risultato sintetici che identificano la percentuale di realizzazione di un insieme di adempimenti fra loro omogenei. In questo senso, non è previsto nel sistema di Indicatori di Risultato quello finalizzato a verificare se è stato predisposto il "Piano di Attuazione per il Potenziamento della Residenzialità e Semiresidenzialità per Anziani". Esso, infatti, rientra nell'insieme dei Piani di Attuazione per l'Assistenza Territoriale, assieme a quelli relativi ai Punti Unici di Accesso, al Potenziamento della Riabilitazione Extra Ospedaliera, alle Dipendenze Patologiche, alla Salute Mentale, alle Cure Domicilia-

ri, al POMI e all'Educazione Sanitaria, la cui definizione è congiuntamente verificata dall'Indicatore "% Definizione Piani Mirati Assistenza Territoriale".

È appena il caso di evidenziare che l'impiego di Indicatori Chiave di Risultato sintetici, quindi composti da una molteplicità di elementi di verifica, non esclude la possibilità di formulare obiettivi analitici specifici, nel caso: uno per singolo piano attuativo previsto, e di esercitare, rispetto a questi ultimi, il necessario monitoraggio. Ciò che determina l'impiego di tali indicatori, invece, è rappresentato da una modalità sintetica di valutazione dell'attuazione della strategia che, in effetti, è misurata attraverso un unico parametro.

L'effetto combinato derivante dall'impiego di Indicatori Chiave di Risultato che aggregano una molteplicità di oggetti di verifica e dall'eliminazione degli Indicatori ripetuti ha consentito di fornire una rappresentazione globale della programmazione, originariamente organizzata su circa 700 oggetti di verifica, mediante l'impiego di circa 300 Indicatori Chiave di Risultato. Ovviamente, data la valenza pluriennale del Piano Sanitario Regionale e del Piano di Risanamento, non tutti gli indicatori previsti sono attivi in tutti gli esercizi di vigenza degli stessi Piani così come è necessario considerare che non tutti gli indicatori previsti sono da considerare attivi per tutti gli attori del sistema (Assessorato e Aziende sanitarie).

La selezione degli Indicatori attivi, pertanto, è stato l'oggetto della seconda operazione di classificazione degli stessi che, oltre a considerare gli aspetti appena evidenziati, ha consentito di valutare l'applicabilità di alcuni Indicatori individuati. Per supportare la seconda operazione di classificazione, è stata predisposta una tabella nella quale sono esplicitati gli elementi caratterizzanti il singolo Indicatore.

La classificazione dell'Indicatore rispetto al soggetto responsabile avviene nella colonna 2 del-

TABELLA 3 - Classificazione degli Indicatori Chiave di Risultato per soggetto Responsabile, esercizio di utilizzo e in funzione dell'applicabilità (sezione esemplificativa Area Chiave di Risultato "Informare e Partecipare il Cittadino")

INDICATORE CHIAVE DI PERFORMANCE		Responsabilità	2008	2009	2010
% Realizzazione Piani Comunicazione Prevenzione	2	Azienda	1 SI	1 SI	1 SI
Rapporto Indagine Customer Satisfaction Sportello Unico Prevenzione	3	Assessorato	3 NO	2 Ver.	2 Ver.
Numero contatti registrati sportello unico territoriale	2	Azienda	3 NO	2 Ver.	2 Ver.
% Realizzazione Piano Educazionale e Informativo Prevenzione	2	Azienda	1 SI	1 SI	1 SI
% Attuazione Piani Comunicazione Assistenza Territoriale	2	Azienda	1 SI	1 SI	1 SI
Evidenza effettuazione indagine customer satisfaction PUA	3	Assessorato	3 NO	1 SI	1 SI
Presentazione Carta dei Servizi aggiornata	2	Azienda	1 SI	1 SI	1 SI
Numero agende disponibili a CUP/Totale Agende Specialità target	2	Azienda	1 SI	1 SI	1 SI
% Realizzazione Programmi Educazione Sanitaria Assistenza Territoriale	2	Azienda	1 SI	1 SI	1 SI
Care Giver Cure Domiciliari (Indicatore da definire)	4	Sistema	2 Ver.	2 Ver.	2 Ver.
Relazione Customer Satisfaction Ospedale Senza Dolore	3	Assessorato	3 NO	2 Ver.	2 Ver.
% Pazienti con consenso informato	2	Azienda	2 Ver.	2 Ver.	2 Ver.
% Effettuazione Indagini "Customer Satisfaction" Reti Cliniche	3	Assessorato	3 NO	2 Ver.	2 Ver.
% Realizzazione Campagna Informativa su Dolore Toracico	4	Sistema	3 NO	2 Ver.	2 Ver.
% Effettuazione Audit Civico Reti Cliniche	4	Sistema	3 NO	2 Ver.	2 Ver.
% Realizzazione Campagne Informative sul Dono	4	Sistema	1 SI	1 SI	1 SI
Presentazione del Bilancio di Missione	3	Assessorato	3 NO	2 Ver.	2 Ver.
% Attuazione Piano di Comunicazione Nuove Aziende Sanitarie	3	Assessorato	3 NO	2 Ver.	2 Ver.
Rapporto audit civico 2008	4	Sistema	1 SI	1 SI	1 SI

la tabella 3 nella quale, in corrispondenza alla descrizione del singolo Indicatore, sono specificati i seguenti livelli di responsabilità:

- **Azienda:** quando la realizzazione dell'azione o l'ottenimento del risultato è di esclusiva competenza Aziendale. È il caso, nell'esempio riportato, della realizzazione dei piani di comunicazione previsti per il macrolivello dell'Assistenza Collettiva o, sempre a titolo esemplificativo, della produzione della Carta dei Servizi aggiornata. Gli Indicatori attribuiti all'Azienda concorrono, pertanto, a determinare la performance conseguita a tale livello di responsabilità;
- **Assessorato:** quando la realizzazione dell'azione o l'ottenimento del risultato è di esclusiva competenza degli organismi di governo regionale. A tale livello di responsabilità opera la Direzione Sanità dell'Assessorato alla Salute della Regione Abruzzo e l'Agenzia Sanitaria Regionale. Non si è ritenuto opportuno, nel caso di specie, distinguere tra responsabilità specifiche al fine di rafforzare i principi dell'unitarietà dell'azione di governo e della complementarietà dell'azione dei due soggetti richiamati. A titolo esemplificativo, sono di competenza dell'Assessorato gli obiettivi relativi all'effettuazione di indagini di "customer satisfaction" anche se, in prospettiva, sarà possibile immaginare l'esplicitazione di Indicatori orientati a responsabilizzare le Aziende sugli esiti delle stesse indagini. Gli indicatori attribuiti all'Assessorato concorrono a determinare la performance conseguita solo a tale livello di responsabilità;
- **Sistema:** quando la realizzazione dell'azione o l'ottenimento del risultato è rivendicabile tanto a livello Aziendale che di organismi di governo. È il caso, sempre in riferimento ai contenuti dell'esempio di tabella 3, della produzione del rapporto "Audit Civico 2008" o della realizzazione delle "campagne informative sul dono" i quali presuppongo-

no l'effettuazione di azioni specifiche ai due livelli di responsabilità. Tali Indicatori concorrono a determinare la performance delle Aziende sanitarie e dell'Assessorato che, pertanto, potranno essere responsabilizzati su obiettivi specifici, quindi distinti e diversi ancorché appartenenti al medesimo Indicatore, o comuni. Al fine di orientare i comportamenti di tutti i soggetti coinvolti verso il perseguimento di obiettivi comuni, si è ritenuto utile prevedere che tutti gli indicatori attivi nelle Aree Chiave della prospettiva dei risultati siano da riconoscere, in termini di responsabilità, al Sistema.

Ai precedenti, è previsto anche il livello di responsabilità intrAziendale, non rappresentato nella tabella 3, al fine di consentire alle Aziende sanitarie di utilizzare lo stesso schema impiegato nei rapporti tra le stesse e l'Assessorato, per la formulazione di obiettivi, mediante l'impiego di ulteriori Indicatori Chiave di Risultato, al fine di coinvolgere e responsabilizzare i livelli di responsabilità interni.

Nelle colonne successive della tabella 3, è stato possibile procedere alla classificazione degli indicatori per esercizio di applicazione e, quando necessario, per identificare quelli non immediatamente applicabili.

L'esempio di tabella 3, a tale scopo, distingue tra indicatori attivi per l'esercizio 2008 che, nel caso di specie, sono confermati anche per gli esercizi successivi e indicatori la cui applicazione non è prevista per lo stesso esercizio. Per questi ultimi non è stato fissato l'eventuale impiego negli anni successivi poiché condizionati, a tale scopo, dalla realizzazione di altre azioni. Per esempio, l'effettuazione della "Customer Satisfaction per le reti cliniche" è subordinata alla realizzazione di almeno una rete clinica. Una volta perseguito tale obiettivo, sarà possibile stabilire l'eventuale impiego dell'Indicatore in parola per l'esercizio 2009 e/o 2010. In altre situazioni, prevalentemente concentrate nelle Aree Chiave legate alla ri-

modulazione e razionalizzazione dell'organizzazione, alla formalizzazione di piani e di altri provvedimenti attuativi e alla realizzazione di programmi, ricerche e innovazione, sono previsti Indicatori la cui attivazione nel 2008, nell'ipotesi in cui siano successivamente raggiunti gli obiettivi concordati, la esclude negli esercizi successivi (per esempio l'istituzione di organismi di coordinamento regionale).

Altri Indicatori, infine, sono considerati in attesa di verifica allo scopo di stabilirne l'applicabilità generale o per l'utilizzo in uno o più esercizi. Nella seconda fattispecie, per le ragioni già evidenziate, rientra l'Indicatore relativo alla "Customer Satisfaction per le reti cliniche". Nella prima, invece, rientrano gli Indicatori, in alcuni casi non ancora del tutto definiti, relativi ad oggetti di verifica che si intende sviluppare ma che, per difficoltà legate alla chiara identificazione di un Indicatore appropriato o per carenze legate alle informazioni disponibili, non è ancora utilizzabile né a scopi di monitoraggio né, tantomeno, per la formulazione di obiettivi.

Sulla base delle operazioni di classificazioni condotte, in riferimento all'esercizio 2008, saranno attivi, complessivamente, circa 140 Indicatori Chiave di Risultato dei quali circa 100 sono utilizzati per la valutazione delle performance delle Aziende sanitarie e circa 80 per la valutazione della performance dell'Assessorato (Direzione Sanità e Agenzia Sanitaria). In sintesi, pertanto, circa 40 Indicatori sono valutati sia nelle schede BSC di Azienda sanitaria che in quella dell'Assessorato. La numerosità degli indicatori sarà fissata in via definitiva a seguito del processo di formulazione degli obiettivi generali regionali e, successivamente, attraverso il processo di negoziazione con ciascun attore del Sistema sanitario abruzzese. Il processo BSC 2007, il quale ha seguito le stesse fasi di sviluppo descritte per il 2008, ha portato all'individuazione di 88 indicatori complessivi dei quali 64 attribuiti alle Azien-

de sanitarie e 48 all'Assessorato con 24 indicatori a responsabilità congiunta.

L'elevato numero di indicatori utilizzati per verificare il grado di attuazione della strategia è legato a due fattori sostanziali:

- a) la complessità del sistema sanitario: la numerosità degli ambiti di intervento, peraltro oggetto di sistematica integrazione alla luce di orientamenti generali volti a favorire l'integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali, così come la numerosità e l'eterogeneità degli oggetti di erogazione nei rapporti con il cittadino caratterizzano i servizi sanitari come sistema ultracompleso e difficilmente rappresentabile attraverso forme semplici o semplificate della realtà;
- b) la portata dei contenuti della programmazione strategica regionale: in Abruzzo, in considerazione della vigenza del Piano di Risanamento, dell'assenza di azioni di piano per periodi lunghi e dell'esigenza di avviare un complessivo piano di riprogettazione dei servizi e delle prestazioni erogate, hanno determinato lo sviluppo di linee d'azione globali che, in modo estensivo ed intensivo, toccano tutti gli ambiti d'azione dei servizi sanitari.

È possibile immaginare che, a seguito del progressivo perseguimento degli obiettivi di Piano e del consolidamento di alcuni risultati in aree chiave del Sistema Sanitario, con il prossimo Piano Sanitario Regionale, la BSC possa focalizzare l'attenzione sui soli ambiti di intervento critici limitando la numerosità degli Indicatori Chiave di Risultato.

La struttura della BSC definita a seguito dell'individuazione e della classificazione degli Indicatori Chiave di Risultato è stata impiegata per sostenere la fase di formulazione degli obiettivi. Ciò è avvenuto, in una prima fase, attraverso la formulazione degli obiettivi generali di Sistema per ciascuno degli Indicatori attivi e, successivamente, mediante il processo negoziale avviato con le Aziende sanitarie e

con la Direzione Sanità e l’Agenzia Sanitaria Regionale.

Facendo riferimento all’esperienza condotta per l’esercizio 2007, in quanto per il 2008 il processo di negoziazione sarà avviato solo dal mese di gennaio 2008, la formulazione degli obiettivi è avvenuta distinguendo tra:

- obiettivi riferiti ad impegni quantitativi già assunti (Piano di Risanamento) o con riferimenti quantitativi in ogni caso già definiti e rappresentativi di impegni di politica sanitaria assunti con la popolazione (altre fonti regionali di programmazione);
- obiettivi senza riferimenti quantitativi predefiniti.

Nel primo caso, si è proceduto a riconoscere i valori predefiniti nella scheda BSC, in corrispondenza dell’Indicatore appropriato, e la successiva fase di negoziazione con le Aziende e l’assessorato è stata utilizzata allo scopo di valutare l’esistenza delle reali condizioni di fattibilità o le eventuali azioni aggiuntive da intraprendere, anche mediante l’integrazione dello stesso sistema degli indicatori BSC, per fa-

vorirne l’attuazione. In taluni casi eccezionali, come per il tasso di ospedalizzazione per acuti, la fase negoziale ha determinato l’esigenza di apportare correttivi agli obiettivi quantitativi predefiniti al fine di renderli, senza eliminarne il contenuto motivazionale, coerenti con le reali potenzialità di perseguimento. In merito agli Indicatori senza indicazioni quantitative predefinite, il processo di formulazione degli obiettivi è stato, per alcuni versi, invertito dando priorità ai contenuti espressi dalla negoziazione per l’individuazione degli obiettivi generali di Sistema che, in ogni caso, venivano presentati con target quantitativi orientativi di riferimento.

L’elemento di complessità, tuttavia, è stato rappresentato dalla gestione degli Indicatori Chiave di Risultato cosiddetti sintetici, ossia di quelli che aggregano una molteplicità di oggetti di verifica o che, in ogni caso, sono composti da indicatori elementari.

Per ciascun Indicatore composto, pertanto, si è proceduto alla predisposizione di una scheda-obiettivo che consentisse, da un lato, di

TABELLA 4 - La scheda BSC di Sistema per l’esercizio 2007⁹

ASSICURARE I LIVELLI DI ASSISTENZA		
Indicatore di Verifica	Storico	Obiettivo
% Aziende controllate/universo (veterinaria)	83,6%	100,0%
% copertura vaccinale in segmenti popolazione target	88,9%	93,8%
Tasso ospedalizzazione per acuti	258,88	227,28
% prestazioni traccianti oltre soglia tempi d'attesa regionale (manu medica)	18,2%	17,1%
Tasso ospedalizzazione per lungodegenti	1,03	3,22
Tasso ospedalizzazione per riabilitazione	9,97	9,97
Tasso X1000 abitanti pazienti oncologici e generali in Cure Domiciliari	10,74	12,85
% prestazioni traccianti oltre soglia tempi d'attesa regionale (strumentali)	21,3%	20,1%
RISPETTARE IL BUDGET ECONOMICO		
Indicatore di Verifica	Storico	Obiettivo
Costi totali d'esercizio al netto della mobilità	2.234.906	2.242.471
Costo del personale	739.789	744.677
Spesa farmaceutica (H+T)	406.853	399.072
Costi acquisto prestazioni sanitarie da privati	410.048	401.776
Entrate proprie più saldo mobilità extra regionale	62.521	64.521
Costo riabilitazione procapite	73	72

⁹ Le schede BSC 2007 integrali, riferite alle singole Aziende sanitarie e alla Direzione Sanità/ASR, sono consultabili sul sito dell’Agenzia Sanitaria Regionale (www.asrabruzzo.it).

SEGUE TABELLA 4

PIU' ATTENZIONE ALLE ESIGENZE DELLE PERSONE		
Indicatore di Verifica	Storico	Obiettivo
Evidenza effettuazione almeno un incontro Consulta Regionale (Sal.Men.)	nd	31-12-07
Effettuazione di almeno 1 incontro forum Salute Mentale	nd	31-12-07
Effettuazione di almeno 1 incontro ORA	nd	31-12-07
MIGLIORARE L'ACCESSIBILITA'		
Indicatore di Verifica	Storico	Obiettivo
Nr. ore apertura ambulatori specialità target nei distretti	139196	141428
% MMG/PLS associati in qualunque forma su totale MMG/PLS	64,8%	68,3%
% valore farmaci in DD e PC su valore totale farmaci	34,2%	38,1%
Definizione piano comunicazione al cittadino orientamento consumo farmaci	nd	31-12-07
Nr. Ricoveri in mobilità passiva per prestazioni erogabili	nd	-5,0%
Evidenza attivazione contact center regionale	nd	31-12-07
MIGLIORARE IMMAGINE		
Indicatore di Verifica	Storico	Obiettivo
% rispetto del piano di comunicazione vaccinazioni	nd	100,0%
Validazione, da parte della regione, carta dei servizi Aziendali	nd	31-12-07
% rispetto piano di comunicazione ai cittadini piano rimodulazione offerta ambulatoriale	nd	100,0%
% Utilizzo strumenti di comunicazione come da progetto contact center	nd	100,0%
INTEGRAZIONE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE		
Indicatore di Verifica	Storico	Obiettivo
Nr. Procedure integrate prevenzione	nd	36
Nr. "nuclei cure primarie" per l'assistenza almeno H12 istituite	1	11
% PAC entro tempo-limite regionale	nd	100,0%
% ricoveri ordinari di 0/1 giorno medici da Pronto Soccorso su totale ricoveri medici	3,0%	2,0%
APPROPRIATEZZA E SICUREZZA		
Indicatore di Verifica	Storico	Obiettivo
N° procedure attuative piani di emergenza veterinari	nd	48
% conformità prestazioni riabilitazione psichiatrica e AD oncologia/generale	nd	100,0%
% conformità su standard RUG (sperimentale)	63,9%	63,9%
% ricoveri ordinari 43 DRG LEA su totale ricoveri per acuti	10,6%	6,8%
% ricoveri per pz. Codice bianco e verde su tot ricoveri da Pronto Soccorso (stima)	2,8%	1,4%
% DS/DH fuori lista su totale DS/DH	nd	-30,0%
Nr. strutture autorizzate/accreditate su strutture programmate	0,0%	100,0%
RIMODULARE E RAZIONALIZZARE L'ORGANIZZAZIONE		
Indicatore di Verifica	Storico	Obiettivo
Effettuazione primo incontro commissione regionale valutazione interventi educazione sanitaria EBPH	nd	31-12-07
Nr. Distretti attivi al 31/12/2007	73	24
Trasmissione atto attivazione del Comitato Tecnico Aziendale delle attività distrettuali e del Collegio dei Direttori di Distretto + regolamento funzionamento	nd	31-12-07
Nr. ore complessive apertura ambulatori per specialità target	335235	336607
Effettuazione primo incontro Osservatorio Appropriatezza MMG/PLS	nd	31-12-07
Nr. PUA attivati in conformità standard organizzativi regionali	0	7
Trasmissione atto integrazione Alcolologia in Dipendenze Patologiche + regolamento funzionamento	nd	31-12-07
nr. Distretti (aree distrettuali) con CD (oncologica e generale) coperta in conformità linee guida regionali	nd	100,0%
Effettuazione primo incontro Commissione Terapeutica	nd	31-12-07
% PL effettivi/ programmati per AFO	nd	100,0%
% casi Day Surgery trattati nell'ambito di sedure operatorie dedicate	nd	49,3%
Formalizzazione del programma di ridefinizione delle funzioni e degli organi di coordinamento settore trasfusionale regionale	nd	30-06-07

SEGUE TABELLA 4

RIMODULARE E RAZIONALIZZARE I PROCESSI		
Indicatore di Verifica	Storico	Obiettivo
% allerte alimentari entro le 48 ore su totale allerte	nd	100,0%
Nr. protocolli definiti prevenzione	nd	36
Nr. Prestazioni ambulatoriali/ore apertura	3,3	3,3
Nr. PAC definiti in conformità ai requisiti regionali	nd	90
Esistenza budget acquisto prestazioni riabilitazione e residenzialità psichiatrica	nd	31-12-07
Formulazione piano acquisti in comunione con altre Aziende sanitarie per 2008	nd	31-10-07
% operatività per le chirurgie generali	51,7%	58,3%
Degenza media ricoveri ordinari per acuti	7,7	5,6
Tasso di trasferimento a regimi DH e DS	25,1%	26,5%
% rispetto piano produzione ospedaliera e trasfusionale	nd	100,0%
% provvedimenti regionali inseriti el sistema di comunicazione interno entro 10gg. dalla loro approvazione/diffusione formale	nd	100,0%
SVILUPPARE LE COMPETENZE		
Indicatore di Verifica	Storico	Obiettivo
Rispetto piano formativo prevenzione	nd	100,0%
Rispetto piano formativo territorio	nd	100,0%
Rispetto piano formativo ospedale	nd	100,0%
Rispetto piano formativo amministrativi + dirigenza	nd	100,0%
ESTENDERE E QUALIFICARE IL SISTEMA INFORMATIVO		
Indicatore di Verifica	Storico	Obiettivo
Nr. flussi definiti (esecutività provvedimento disciplina flusso)	nd	4
Nr. nuovi flussi attivati (progetto Aziendale attivazione flusso gg.		
Definizione dopo regole regionali)	nd	100,0%
Nr. contestazioni su rispetto tempi invio flussi (ritardo invio flussi in gg.)	nd	5
Nr. contestazioni su completezza e attendibilità flussi	nd	5
PIANI, PROGRAMMI E RICERCHE		
Indicatore di Verifica	Storico	Obiettivo
Legge promulgazione Piano sanitario regionale	nd	31-07-07
Definizione Piani mirati di settore	nd	31-07-07
Esistenza Piano regionale autorizzazione, accreditamento, certificazione	nd	19-02-07
Validazione regionale Atto Aziendale	nd	20-08-07
Approvazione Formulazione nuovo tariffario regionale riabilitazione	nd	16-02-07
Condivisione programmi copertura residenzialità da settore pubblico	nd	31-12-07
Approvazione Progetto RUG	nd	31-12-07
Approvazione Progetto Hospice	nd	31-12-07
Approvazione Piano sviluppo forme alternative acquisizione/distribuzione farmaci	nd	31-12-07
Validazione regionale piano Aziendale screening	nd	31-12-07
Validazione regionale Piano Aziendale riconversione ospedali	nd	20-08-07
Approvazione progetto potenziamento sistema emergenza/urgenza/accettazione	nd	31-12-07
Approvazione Regolamentazione regimi alternativi ricovero ordinario	nd	31-12-07
Approvazione piano annuale prestazioni ospedaliere e trasfusionali	nd	31-03-07
Approvazione nuovo sistema di controllo ispettivo regionale	nd	31-12-07
Approvazione ulteriori criteri di appropriatezza	nd	31-12-07
Legge promulgazione Piano Sangue e Plasma regionale	nd	31-07-07
Approvazione Piano fabbisogno (autorizzazione e accreditamento)	nd	31-12-07
Approvazione manuali e procedure autorizzazione e accreditamento	nd	31-12-07

esprimere l'obiettivo di sintesi nella scheda BSC ma, al contempo, non facesse venir meno la possibilità di fissare sottobiettivi specifici e, soprattutto, il monitoraggio relativo al loro perseguimento.

In questo senso, pertanto, la scheda relativa alla formulazione degli obiettivi relativi al rispetto dei tempi di attesa per le principali prestazioni ambulatoriali specialistiche, per monitorare l'applicazione del piano di rimodulazione dei posti letto ospedalieri o per il monitoraggio economico.

In tali schede, pertanto, sono riportati valori storici e, quando ritenuto necessario, i relativi valori attesi. Un primo esempio di scheda analitica riguarda il rispetto dei tempi di attesa per le principali prestazioni ambulatoriali (vedi tabella 5) nel quale, tuttavia, la scheda funge più da strumento conoscitivo storico e da supporto al monitoraggio infrannuale e, quindi, di verifica di raggiungimento dell'obiettivo che, tuttavia, è fissato in termini generali e non rispetto le singole prestazioni ambulatoriali.

Un secondo esempio di scheda, invece, riguarda gli obiettivi economici, strutturati secondo le aggregazioni delle voci del modello CE concordato per il Piano di Risanamento, nel quale, per ciascuna voce, sono indicati i valori attesi per l'esercizio 2007 (vedi tabella 6). Va osservato, peraltro, che tale tabella è originata da un'ulteriore scheda, non riportata nel presente lavoro, nella quale le Aziende sanitarie e l'Assessorato hanno formulato le proprie previsioni, in forma di valori economici sorgenti e cessati, nel rispetto delle voci indicate e per ciascuno dei 19 programmi generali regionali attivati per quello stes-

so esercizio.

Complessivamente, l'intero processo di sviluppo dello schema BSC e le successive fasi di formulazione, negoziazione e formalizzazione degli obiettivi, ha avuto una durata, per l'esercizio 2007, di nove mesi. Nel periodo settembre-dicembre 2006 sono stati condivisi il modello concettuale di base, la mappa strategica provvisoria, la trasposizione, secondo il modello BSC, dei programmi regionali generali e l'individuazione del sistema di Indicatori Chiave di Risultato. La fase di formulazione degli obiettivi, inclusa la raccolta dei dati storici ritenuti utili ove non disponibili per il tramite dei flussi informativi esistenti, e la successiva negoziazione degli stessi, è stata realizzata nel periodo gennaio-marzo 2007. La formalizzazione definitiva degli esiti del processo negoziale, infine, è avvenuta il 16 maggio 2007 mediante la firma della "BSC", in presenza del Presidente della Regione Abruzzo, da parte dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie abruzzesi, dei Direttori della Direzione Sanità dell'Assessorato alla Salute della Regione Abruzzo e dell'Agenzia Sanitaria Regionale.

In riferimento al ciclo di programmazione 2008, grazie alla possibilità di disporre di uno schema di base già condiviso e all'attivazione di alcuni nuovi flussi informativi, si prevede di chiudere l'intero iter entro il mese di febbraio 2008. Tale risultato, se conseguito, consente di ritenere possibile la definitiva messa a regime del ciclo di programmazione con l'esercizio 2009. A tale scopo, si renderà necessario esaurire la fase negoziale di formulazione degli obiettivi entro il 31 dicembre dell'esercizio precedente a quello di riferimento della programmazione.

TABELLA 5 - Scheda-obiettivo relativa alla verifica del rispetto dei tempi d'attesa per le principali prestazioni ambulatoriali (segmento relativo al solo dato regionale)

Obiettivi rispetto tempi attesa prestazioni ambulatoriali	Regione	
	totale	fuori soglia
Colon-sigmoidoscopia	10861	1986
ECG	77729	3080
ECG Holter	11185	2406
Ecografia	72445	15414
Ecografia cardiaca e vasi	49037	16212
EGDS	17408	947
Mammografia	30833	12363
RMN	6653	2817
TAC	37047	3355
Trattamento terapeutico radioterapico	33795	15186
Totale prestazioni strumentali	346993	73766
% prestazioni strumentali fuori soglia storico		21,3%
% prestazioni strumentali fuori soglia obiettivo		20,1%
Cardiologica	54933	10073
Chirurgia Vascolare	13588	736
Dermatologica	81475	4088
Ginecologica	22773	2429
Neurologica	20407	2968
Oculistica	100485	26962
Oncologica	7824	3899
ORL	46077	12254
Ortopedica	54597	7020
Radioterapica pre-trattamento	12832	83
Urologica	26572	10048
Totale prestazioni manu medica	441563	80560
% prestazioni manu medica fuori soglia storico		18,2%
% prestazioni manu medica fuori soglia obiettivo		17,1%

TABELLA 6 - Scheda obiettivi economici 2007 in relazione agli impegni assunti con il Piano di Risanamento

	2006 da CE	Variazioni programma	2007 programma	2007 PdR
valore della produzione				
- contributi F.S.R.	1.764.429	315.571	2.080.000	2.080.000
- saldo di mobilità	858	0	858	4.000
- entrate proprie	61.663	2.000	63.663	72.000
totale entrate	1.826.950	317.571	2.144.521	2.156.000
costi della produzione				
- assistenza farmaceutica convenzionata	288.879	-17.081	271.798	268.000
- assistenza sanitaria di base	132.895	6.100	138.995	135.660
- assistenza convenzionata esterna: di cui:	410.048	-8.272	401.776	413.000
- ospedaliera convenzionata	188.048	-7.440	180.608	194.000
- altra assistenza	222.000	-832	221.168	219.000
- altri costi esterni	30.242	-668	29.574	31.000
totale costi esterni	862.064	-19.921	842.143	847.660
prodotti farmaceutici	117.974	9.300	127.274	134.860
acquisto di beni	167.702	1.790	169.492	173.000
acquisto di servizi	195.624	6.684	202.308	211.000
costi del personale	739.789	4.888	744.677	750.000
accantonamenti	19.048	2.079	21.127	34.000
oneri fiscali	56.427	1.266	57.693	56.000
oneri finanziari	19.158	2.801	21.959	15.000
altri costi interni	42.463	1.630	44.093	46.000
totale costi interni	1.358.185	30.438	1.388.623	1.419.860
totale costi della produzione	2.220.249	10.517	2.230.766	2.267.520
saldo gestione straordinaria + costi intraoemia e variazione rimanenze	14.657	-2.952	11.705	15.000
totale costi	2.234.906	7.565	2.242.471	2.282.520
risultato dell'esercizio	-407.956	310.006	-97.950	-126.520
Indicatori BSC				
Risultato economico d'esercizio	-407.956	310.006	-97.950	-126.520
Costo del personale	739.789	4.888	744.677	750.000
Spesa farmaceutica (H+T)	406.853	-7.781	399.072	402.860
Costo prest. sanitarie da privati	410.048	-8.272	401.776	413.000

4. LA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE

Tra gli obiettivi dichiarati, a seguito dell'introduzione del modello BSC nella Regione Abruzzo, vi era la possibilità di giungere alla costruzione di un indicatore di sintesi in grado di esplicitare il livello complessivo di perseguimento della strategia.

Per conseguire tale obiettivo, è stato necessario

integrare il modello BSC, così come fin qui descritto, affinché fosse possibile, per il tramite delle attività di monitoraggio, produrre elementi utili a supporto della valutazione delle performance in coerenza con i risultati attesi ed il trend dagli stessi definiti in rapporto, ove esistenti, ai dati storici. In tal senso, sono stati introdotti alcuni elementi necessari al fine di valutare il grado di raggiungimento degli obiet-

tivi concordati a livello di:

- a) Indicatore Chiave di Risultato;
- b) Area Chiave di Risultato;
- c) risultato complessivamente raggiunto dalle singole Aziende sanitarie, dall'Assessorato e dal Sistema Sanitario.

La valutazione della performance del singolo Indicatore è determinata dai seguenti valori:

- l'obiettivo concordato in sede negoziale;
- il risultato effettivamente conseguito in base alle evidenze prodotte dai sistemi di rilevazione;
- il limite che, fissato in sede negoziale, identifica il range di tolleranza all'interno del quale si possono collocare risultati diversi dall'obiettivo mantenendo una valutazione della performance parzialmente positiva.

Attraverso l'utilizzo di tali valori, è possibile determinare, limitatamente alle evidenze prodotte dai sistemi di rilevazione, tre tipologie di valutazione:

- positiva con grado di raggiungimento dell'obiettivo pari al 100%: quando il risultato conseguito è uguale o migliore rispetto all'obiettivo concordato;
- negativa con grado di raggiungimento dell'obiettivo pari allo 0%: quando il risultato conseguito è peggiore del valore limite. La valutazione di risultato "peggiore" rispetto al valore limite è desunto dal trend definito dalle grandezze attribuite ai valori obiettivo e limite. Per esempio, quando il valore obiettivo è di grandezza inferiore al valore limite, sono considerati peggiorativi, rispetto a quest'ultimo, tutti i risultati superiori al valore limite e viceversa;
- parzialmente positiva e con grado di raggiungimento dell'obiettivo determinato tra lo 0 e il 100%: quando il valore risultato si colloca in posizione intermedia tra il valore obiettivo e quello limite. Il grado di raggiungimento dell'obiettivo, in tali situazioni, è calcolato con il metodo dell'interpolazione lineare.

Il passaggio che consente, a partire dalla valutazione delle performance conseguite sui singoli Indicatori, la valutazione della performance di Area Chiave di Risultato è stato reso possibile mediante l'attribuzione, a ciascun Indicatore attivo all'interno di un'Area, di un peso relativo il cui significato consiste nel rappresentare la strategicità dell'obiettivo nell'economia complessiva dei piani e programmi regionali.

In questo senso, la performance di Area è determinata dalla somma dei prodotti delle performance dei singoli Indicatori per il peso agli stessi attribuito. Da un punto di vista matematico, l'algoritmo di determinazione della performance di Area è il seguente:

$$\text{Performance di Area Chiave di Risultato} = \sum_{i=1} PKPI_i \times P_i$$

$i=1$

dove:

$PKPI_i$ identifica l'Indicatore Chiave di Risultato "i";

P_i identifica il peso attribuito all'Indicatore Chiave di Risultato "i".

L'ulteriore passaggio del sistema di valutazione delle performance, ossia rendere disponibile un indicatore sintetico rappresentativo del grado di raggiungimento degli obiettivi per singolo attore (Azienda sanitaria e Assessorato) e a livello di sistema nel suo complesso, è stato realizzato recuperando lo schema della mappa strategica BSC attribuendo, alle relazioni di causa-effetto identificate nei rapporti tra Aree Chiave di Risultato, un peso relativo che, anche in questo caso, sono espressione della valenza strategica attribuita alle stesse relazioni al fine di perseguire i contenuti definiti dai piani e dai programmi regionali.

L'applicazione di tale concetto determina che la performance di un'Area Chiave, oltre ad essere determinata nel rispetto dei criteri prece-

dentemente evidenziati, viene influenzata e, quindi, corretta in funzione delle performance conseguite nelle Aree Chiave che, in virtù del sistema di relazioni causa-effetto definite nella mappa strategica, l'alimentano. A fini esemplificativi, si immagini che l'Area Chiave "A", alimentata da relazioni di causa-effetto dalle Aree "B" e "C", abbia conseguito, in virtù della valutazione degli Indicatori ad essa afferenti e del sistema di pesi a questi ultimi attribuiti, una performance complessiva pari al 90% e che, parallelamente, le performance conseguite dalle Aree "B" e "C" siano state, rispettivamente, del 70% e dell'80%. Nell'ipotesi in cui la relazione di causa-effetto, con la quale l'Area "B" alimenta quella "A", sia pesata al 40% e l'ulteriore relazione, tra l'Area "C" e l'Area "A", pesi per il 60%, per effetto dei criteri di valutazione definiti, la performance corretta dell'Area "A" passerebbe dall'originale 90% al 76%. Da un punto di vista matematico, l'algoritmo di calcolo della performance corretta di Area Chiave di Risultato è il seguente:

$$\text{Performance corretta di Area Chiave di Risultato} = PKPA \cdot \sum_{i=1} Pkpa_i \cdot PR_i$$

$i=1$

dove:

PKPA identifica la performance dell'Area Chiave di Risultato oggetto di rivalutazione;
 $Pkpa_i$ identifica le performance conseguite nelle Aree Chiave di Risultato, da 1 a n, che alimentano l'Area oggetto di rivalutazione;
 PR_i identifica i pesi relativi attribuiti alle relazioni di causa-effetto, da 1 a n, che legano le Aree precedenti all'Area oggetto di rivalutazione.

Lo sviluppo integrale del modello appena descritto, in considerazione delle caratteristiche della mappa strategica adottata in Regione Abruzzo, porta alla determinazione di due valori distinti di performance attribuibili alle Aree Chiave "Rispettare il Budget Economico" ed

"Assicurare i Livelli di Assistenza". La determinazione di un valore unico di performance, pertanto, è stata determinata assegnando alle due Aree Chiave interessate un peso relativo il cui significato è sovrapponibile a quelli attribuiti al sistema di relazioni e ai singoli Indicatori Chiave di Risultato.

Come si evince dalla descrizione del modello appena presentato, il sistema della valutazione delle performance, a tutti i livelli dello schema BSC, ricorre ampiamente a sistemi di pesatura delle variabili interessate che, per ragioni di chiarezza e completezza del presente lavoro, richiede alcuni approfondimenti.

L'adozione diffusa di pesi attribuiti alle variabili oggetto di valutazione è da ricondurre all'esigenza di identificare, all'interno dell'insieme degli obiettivi che caratterizzano i piani e i programmi generali definiti dalla Regione, quelli a maggiore valenza strategica. Pur essendo chiaro che tutti gli indicatori previsti nel modello BSC sono rilevanti e componente essenziale per il raggiungimento degli obiettivi regionali, si è ritenuto utile, proprio attraverso il sistema di pesatura, riconoscere in modo esplicito che il loro valore relativo è differente, sia in virtù dell'impegno necessario per perseguirli sia, soprattutto, per il significato che gli stessi indicatori assumono nell'economia complessiva degli impegni assunti in relazione ai contenuti del Piano di Risanamento e, nell'ottica del Piano Sanitario Regionale, con i cittadini.

Esiste la consapevolezza dell'elevato grado di rischio che l'impiego di un sistema di pesatura degli obiettivi può comportare in quanto strumento di orientamento dei comportamenti. Rischio che, evidentemente, è tanto più elevato quanto minori sono le capacità di sostenere lo stesso sistema di pesi con evidenze di carattere statistico in grado di misurare, almeno approssimativamente, il valore del singolo indicatore o della singola relazione di causa-effetto. Tuttavia è utile considerare due aspetti di tutto rilievo:

- a) la possibilità che, attraverso un sistema di pesatura, l'attenzione di chi è chiamato al perseguimento degli obiettivi si focalizzi solo sugli indicatori a maggior valore relativo è controbilanciata dalla constatazione che, in assenza di un sistema di pesatura, è realistico immaginare che l'attenzione degli attori interessati si focalizzerebbe sugli obiettivi più semplici da perseguire senza alcuna garanzia, pertanto, di ottenere risultati coerenti sugli indicatori a maggior valenza strategica. Di fronte alle due ipotesi appena evidenziate, quindi, la Regione Abruzzo ha ritenuto opportuno preferire l'adozione di un sistema di pesatura quale ulteriore elemento di chiarezza e di indirizzo programmatico;
- b) la strada adottata dalla Regione Abruzzo, ovviamente, non elimina la possibilità di conseguire, attraverso un sistema di pesatura incapace di valorizzare adeguatamente le variabili chiave, risultati complessivi difformi a quelli attesi. In altri termini, i contenuti della programmazione possono essere corretti ma, in virtù di un sistema di pesi sbagliato, è possibile che l'influenza da esso generata sui comportamenti porti a trascurare obiettivi a basso valore relativo la cui importanza, per il perseguimento della strategia, era essenziale. Come si è avuto modo di accennare in occasione della presentazione della mappa strategica, tuttavia, è utile osservare che l'attività di governo e di gestione è imperniata sull'assunzione di scelte le quali, inevitabilmente, si basano su un'operazione di sintesi attraverso la quale l'analisi di una serie di variabili determina l'assunzione della decisione di "fare" o "non fare". In assenza di elementi certi e verificabili, il processo decisionale deve comunque svilupparsi, anche se ciò avviene in ragione di ipotesi e congetture. In

questo senso, l'impiego di un sistema di pesi, con il significato che ad esso è stato attribuito, non solo rappresenta la formalizzazione di un processo decisionale che, sul piano sostanziale, si perfeziona mediante la formulazione delle scelte ma, in virtù del modello che prevede la separazione delle funzioni di governo e di gestione, risulta essere coerente con l'esigenza che ciascun attore del sistema assuma le responsabilità che derivano dal ruolo ricoperto. Secondo l'approccio abruzzese, l'organismo di governo si assume la responsabilità della validità dei contenuti dei programmi e degli indirizzi definiti dai sistemi di pesatura adottati, mentre le Aziende sanitarie si assumono la responsabilità di realizzare le azioni e raggiungere gli obiettivi concordati.

Allo scopo di limitare la possibilità che, in base al sistema di valori, alle conoscenze e ai modelli cognitivi di una singola persona, si potesse giungere alla definizione di un sistema di pesi non equilibrato o, comunque, in grado di orientare i comportamenti gestionali per privilegiare una dimensione del governo (clinico o economico) o un settore d'intervento (sanità pubblica, assistenza territoriale o assistenza ospedaliera), la "caratura", in termini di pesi relativi, degli Indicatori Chiave di Risultato e delle relazioni di causa-effetto tra Aree Chiave, è stata ottenuta mediante l'ampio coinvolgimento dei Direttori della Direzione Sanità dell'Assessorato alla Salute, del Direttore Generale dell'Agenzia Sanitaria Regionale e dello stesso Assessore alla Salute della Regione Abruzzo.

Complessivamente sono state coinvolte 18 persone che, mediante l'utilizzo del criterio del confronto tra coppie¹⁰, hanno provveduto a stilare, singolarmente, la graduatoria delle priorità da riconoscere agli Indicatori compresi al-

¹⁰ Il criterio del confronto tra coppie presuppone che le molteplici variabili da valutare, in termini di importanza o di priorità, vengano messe a confronto prendendone due alla volta e stabilendo, tra le due selezionate, quella a maggior rilevanza. Contando il numero di volte per la quale una determinata variabile è stata considerata "vincente" rispetto alle altre, è possibile definire, quantitativamente, l'entità del grado di priorità di ogni variabile. Nel caso descritto nel testo, i punteggi registrati da ogni "valutatore" è stato sommato a quelli degli altri giungendo alla determinazione di un punteggio totale per singolo Indicatore. La somma dei punti ottenuti da un Indicatore, posto in relazione al totale dei punti ottenuti dall'insieme di Indicatori afferenti alla medesima Area Chiave, ha consentito di calcolare il peso relativo allo stesso attribuibile.

l'interno di ogni singola Area Chiave di Risultato. Attraverso il punteggio attribuito ad ogni singolo Indicatore e, mediante la somma dei punteggi assegnati da ogni persona coinvolta, è stato possibile definire il peso relativo per ciascuna variabile oggetto di valutazione.

Un ulteriore aspetto che, sempre con riferimento al sistema di pesatura adottato, merita un approfondimento riguarda la modalità seguita per giungere alla determinazione di un indicatore di sintesi unico della performance conseguita dalle Aziende sanitarie, dall'Assessorato e dal Sistema nel suo complesso. A tale scopo, come esplicitato in precedenza, si è scelto di adottare un modello che ripropone il sistema delle relazioni di causa-effetto che lega fra loro le Aree Chiave di Risultato e, quindi, di costruire il sistema di valutazione nel rispetto delle caratteristiche della BSC.

La scelta di tale approccio, rispetto ad altri che avrebbero potuto essere impiegati, è da ricondurre al forte valore attribuito al modello BSC non solo per la capacità che lo stesso esprime nel fornire una visione globale e bilanciata delle performance di un sistema complesso ma, anche, per il valore che la BSC esprime in quanto fattore di integrazione di un sistema di piani e programmi a valenza pluriennale con gli obiettivi annuali.

Come già accennato in altre parti del presente lavoro, un Sistema o un'Azienda è soggetto destinato a perdurare nel tempo e, per quanto rilevante possa essere l'esigenza di perseguire gli obiettivi di singolo esercizio, è necessario che grande attenzione sia posta anche sulle modalità con cui ciò avviene e, soprattutto, sulla creazione delle condizioni di base affinché gli stessi risultati possano essere conseguiti, magari in un'ottica di miglioramento, anche nel futuro. La BSC, al fine di valutare gli aspetti evidenziati, rappresenta uno strumento di particolare efficacia per l'articolazione del sistema degli obiettivi in prospettive e Aree Chiave di Risultato e, soprattutto, per la capacità di esplicitare, in modo specifico, i piani e i programmi che rappresentano il futuro Aziendale e/o di un Sistema. L'impiego della struttura della mappa strategica, in

considerazione del sistema di valutazione adottato, rappresenta il complemento finale ai concetti precedentemente espressi. L'approccio seguito, infatti, attribuisce alle variabili collocate nelle prospettive più lontane dai risultati, nell'economia del sistema di valutazioni delle performance, una valenza talmente fondamentale che, nell'ipotesi estrema di una totale assenza di conformità tra risultati ed obiettivi specifici potrebbe determinare l'azzeramento delle performance complessive finali. Nel caso specifico della mappa strategica della Regione Abruzzo, la scelta di porre, alla base del modello di programmazione, l'Area Chiave "Estendere e Qualificare il Sistema Informativo", fa sì che l'eventuale mancato raggiungimento degli obiettivi specifici determini l'azzeramento delle performance dei risultati finali. Tale scelta si ritiene coerente non solo in riferimento all'esistente stato di sviluppo dei sistemi informativi, quindi dell'esigenza di definire e realizzare importanti programmi di adeguamento, ma anche alla riconosciuta rilevanza che l'informazione riveste nell'ambito dei processi decisionali e, quindi, delle funzioni di governo e gestione.

Senza adeguati sistemi di misurazione dei fenomeni gestionali e delle performance da essi derivanti, infatti, viene a mancare un elemento essenziale per formulare piani e programmi e, quando gli stessi vengono comunque definiti in ragione di ipotesi e congetture, viene comunque a mancare un elemento essenziale per verificarne la compiuta attuazione. In altri termini, la misurazione delle performance riveste un ruolo così centrale nella funzione di governo da far ritenere che, senza il suo sviluppo, anche i risultati d'esercizio conseguiti, non essendo puntualmente verificabili, perdono totalmente, o comunque in gran parte, rilevanza.

Il segnale che si è voluto veicolare, mediante l'adozione del modello proposto, è sicuramente in controtendenza in un contesto nel quale una serie di fattori (per esempio, l'esigenza di rientro urgente nei parametri di bilancio, i tempi decisionali ed elettorali della politica, la durata media di perma-

nenza in carica dei Direttori Generali, ecc.) tendono ad abbreviare l'orizzonte temporale della programmazione e a focalizzare l'attenzione della valutazione della performance sui risultati finali di gestione, in particolare quelli economico-finanziari, annuali. Con l'adozione della BSC in Regione Abruzzo e, in particolare, grazie al modello di valutazione delle performance adottato, invece, si è cercato di polarizzare l'attenzione di chi ha la responsabilità di governo e di gestione dei servizi sanitari sugli obiettivi che proiettano il Sistema Sanitario nel futuro senza, per questo, rinunciare alla valutazione delle performance di breve periodo. A tale proposito, è utile osservare che l'impiego di un indicatore di performance sintetico, di carattere complessivo, al fine di valutare il grado di raggiungimento della strategia, non comporta la rinuncia a valutare performance specifiche sia a livello di Area Chiave sia di Indicatore Chiave di Risultato. Al contrario, l'esistenza di un indicatore sintetico funge da "segnalatore" di situazioni critiche che, attraverso l'analisi dei fattori che lo compongono, consente di identificare, per gradi di approfondimento successivo, le cause che lo hanno determinato. Il modello adottato presso la Regione Abruzzo, in questo senso, consente, a partire dall'indicatore unico di performance, di identificare le Aree Chiave a maggior grado di sofferenza, individuare gli Indicatori Chiave con risultati completamente o significativamente difformi dagli obiettivi e, attraverso il sistema di monitoraggio adottato, le singole variabili elementari, determinanti l'Indicatore Chiave, per le quali la gestione non ha prodotto risultati soddisfacenti.

La predisposizione delle condizioni per giungere ad esprimere la performance complessiva di Azienda sanitaria, oltre che per l'Assessorato e l'intero Sistema Sanitario Regionale, ha offerto un'ulteriore opportunità di estremo rilievo: l'impiego dell'impianto di valutazione definito anche allo scopo di valutare le performance delle Direzioni Generali. Tale opportunità, ovviamente, non al fine di stilare "classifiche" di merito ma, più concretamente, per legare, almeno parzialmente, la parte variabile

dello stipendio dei Direttori Generali e la valutazione relativa alla loro conferma o revoca a strumenti contenenti obiettivi sostanziali, correlati alla programmazione strategica di Sistema e con elementi di verifica certi, predefiniti, misurabili e trasparenti.

L'eventuale utilizzo del modello BSC, integrato dal sistema di valutazione delle performance descritto, anche allo scopo di valutare l'operato delle Direzioni Generali, tuttavia, presuppone che la misurazione delle performance condotta con il solo impiego delle evidenze generate dai sistemi di rilevazione (valutazione contabile), sia integrato da ulteriori elementi conoscitivi idonei per esplicitare, a fronte degli scostamenti negativi registrati, le cause e il loro grado di controllabilità del mancato raggiungimento degli obiettivi (valutazione di merito). A conclusione del presente lavoro, si ritiene utile sviluppare alcune riflessioni rispetto all'impatto generato, a seguito dell'introduzione della BSC, nel Sistema Sanitario abruzzese. A tale scopo è utile distinguere tra due tipologie di impatto:

- quella riferibile alla percezione delle persone che, in varie componenti di interesse del Sistema Sanitario, valutano la potenziale efficacia della BSC nel modificare i comportamenti organizzativi e gestionali e, quindi, di favorire il reale miglioramento delle performance dei servizi sanitari;
- quella derivante dai numeri che, seppure ancora parziali, offrono interessanti elementi di analisi e di valutazione al fine di comprendere in che misura il Sistema sta effettivamente rispettando gli impegni assunti.

L'introduzione della BSC, in relazione alla percezione delle persone, ha generato due posizioni contrapposte. La prima di decisa sfiducia nella possibilità che il Sistema Sanitario possa, per il tramite della BSC o di altri strumenti a supporto della programmazione, rapidamente modificare comportamenti organizzativi e gestionali, ormai consolidati, e riportare le performance Aziendali e regionali all'interno degli standard nazionali o, comunque,

di quelli concordati con il Piano di Risanamento e definiti da altri piani o programmi regionali. Da queste persone la BSC è considerata modello troppo complesso, spesso aggettivato come “avanzato”, determinando una sorta di rifiuto ad approfondire le caratteristiche e le logiche di funzionamento dello strumento. Quando “obbligate”, per ragioni legate al ruolo ricoperto a livello regionale o Aziendale, a confrontarsi con la BSC (selezione e classificazione degli Indicatori Chiave, analisi di dati storici, formulazione e/o negoziazione di obiettivi, produzione di elementi di monitoraggio, ecc.) queste persone tendono ad assumere un approccio passivo, accettando inopinatamente quanto proposto da altri e cercando di limitare in ogni modo il loro coinvolgimento, ricercando altri impegni sui quali focalizzare la propria attenzione. Il comportamento opposto, ovviamente, è delle persone che sono riuscite ad intravedere, nella BSC, uno strumento capace di dare una visione globale, multidimensionale e trasparente delle performance dei servizi sanitari. I due aspetti maggiormente apprezzati sono rappresentati, da un lato, dalla forte valenza programmatica espressa attraverso misure non monetarie della performance e, dall'altro, dalla possibilità di poter misurare le performance. In effetti, nel contesto abruzzese, la BSC ha svolto la duplice funzione di contenimento delle preoccupazioni derivanti dall'esigenza di approvare il Piano di Risanamento, da tutti percepito come strumento foriero di tagli indiscriminati delle risorse, e di trasparenza in quanto capace di esplicitare le azioni di programma e, successivamente, di rendere possibile la valutazione della loro efficacia.

La BSC, in ogni caso, è stata accolta positivamente dalle Direzioni Generali Aziendali che hanno intravisto, attraverso la sua concreta applicazione, l'opportunità di cogliere un duplice vantaggio sostanziale: in primo luogo la possibilità di costruire un rapporto nuovo con l'organismo di governo basato non solo sulla definizione di precisi, misurabili e trasparenti obiettivi da perseguire ma, anche, sull'opportunità di discutere, seppure nell'ambito dei vincoli derivanti dal Piano di Risanamento,

delle problematiche della gestione e di negoziare i termini legati al raggiungimento di specifici obiettivi; in secondo luogo, di disporre di uno strumento utile allo scopo di veicolare, all'interno dell'Azienda sanitaria, il sistema degli obiettivi sui quali la stessa Azienda è impegnata con l'organismo di governo.

Un riconoscimento più generale della BSC è inevitabilmente legato alle evidenze prodotte dai sistemi di misurazione che, a partire dal mese di febbraio 2008, consentiranno di avviare una fase di valutazione di impatto legata ai numeri e, quindi, di verificare se gli impegni assunti in sede negoziale saranno effettivamente rispettati. È sicuramente prematuro, in considerazione del fatto che ci si trova alla prima esperienza di monitoraggio delle misure di performance definite dalla BSC, trarre conclusioni in questo senso, tuttavia, in base alle evidenze del monitoraggio dei primi nove mesi del 2007, limitatamente agli indicatori relativi alla prospettiva dei risultati (Aree Chiave “Assicurare i Livelli di Assistenza” e “Rispettare il Budget Economico”), si sta registrando, almeno per il consolidato di Sistema, una situazione di generale tenuta.

Nella tabella 7, infatti, sono riportate le performance conseguite relative agli indicatori monitorati e dalla quale si evince che:

- alcuni indicatori, molti dei quali di forte rilevanza, sono in fase di pieno perseguimento (performance al 100%) tra i quali si evidenzia il tasso di ospedalizzazione per acuti, l'estensione dell'assistenza in cure domiciliari e i principali parametri di natura economica;
- il tasso di ospedalizzazione in regime di riabilitazione è perseguito, in virtù della collocazione del risultato rispetto all'obiettivo e al limite, solo parzialmente;
- altri indicatori, alcuni molto significativi (rispetto dei tempi d'attesa per le visite e costo delle prestazioni acquistate da soggetti privati), registrano una performance negativa (0%).

Va considerato, ovviamente, il valore non definitivo dei risultati rilevati che, sulla base delle eviden-

TABELLA 7 - La valutazione intermedia degli indicatori 2007 relativi alla prospettiva dei risultati (performance di Sistema)

ASSICURARE I LIVELLI DI ASSISTENZA

Indicatore di Verifica	Peso	Storico	Obiettivo	Risultato	MM	Limite	Performance
% Aziende controllate/ univerno (veterinaria)	3,20%	83,6%	100,0%	100,0%	9	92,5%	100,00%
% copertura vaccinale in segmenti popolazione target	7,08%	88,9%	93,8%	100,0%	9	89,6%	100,00%
Tasso ospedalizzazione per acuti	23,52%	257,69	230,45	214,79	6	245,33	100,00%
% prestazioni traccianti oltre soglia tempi d'attesa regionale (visite)	13,70%	18,2%	17,1%	21,0%	9	18,8%	0,00%
Tasso ospedalizzazione per lungodegenti	11,19%	1,02	2,70	0,98	6	1,98	0,00%
Tasso ospedalizzazione per riabilitazione	12,10%	9,93	9,93	8,08	6	7,50	23,73%
Tasso X1000 abitanti pazienti oncologici e generali in Cure Domiciliari	12,79%	10,64	12,79	23,02	9	10,65	100,00%
% prestazioni traccianti oltre soglia tempi d'attesa regionale (strumentali)	16,44%	21,3%	20,1%	19,6%	9	22,8%	100,00%

RISPETTARE IL BUDGET ECONOMICO

Indicatore di Verifica	Peso	Storico	Obiettivo	Risultato	MM	Limite	Performance
Costi totali d'esercizio al netto della mobilità	33,13%	2.234.906	2.242.471	2.240.893	9	2.264.896	100,00%
Costo del personale	20,31%	739.789	744.677	729.384	9	744.683	100,00%
Spesa farmaceutica (H+T)	17,50%	406.853	399.072	389.213	9	399.078	100,00%
Costi acquisto prestazioni sanitarie da privati	18,44%	410.048	401.776	417.597	9	401.782	0,00%
Entrate proprie più saldo mobilità extra regionale	2,81%	62.521	64.521	57.765	9	63.405	0,00%

LEGENDA:

INDICATORE DI VERIFICA: riporta la descrizione dell'Indicatore Chiave di Risultato;
 PESO: identifica il peso relativo attribuito agli Indicatori appartenenti ad una stessa Area Chiave. Relativamente all'Area Chiave "Rispettare il Budget Economico" è stato tolto l'Indicatore, quindi il peso relativo, "Costo Riabilitazione Procapite" in quanto verificato solo a fine esercizio;
 STORICO, OBIETTIVO E RISULTATO: le colonne richiamate contengono i valori di riferimento specifici. Le quantità riportate nella colonna risultati, sono proiettati al 31-12. I valori monetari sono espressi in migliaia di euro;
 MM: indica il numero di mesi monitorati. Quasi tutti gli Indicatori evidenziati sono stati monitorati a nove mesi. Fanno eccezione i valori relativi all'attività di ricovero che, allo stato, sono monitorati a sei mesi;
 LIMITE: misura il valore soglia oltre il quale l'obiettivo è considerato definitivamente non raggiunto;
 PERFORMANCE: calcola il grado di raggiungimento dello specifico obiettivo con il metodo dell'interpolazione lineare.

ze relative all'intero esercizio, potrebbero registrare performance completamente differenti. In particolare, è utile osservare che il tasso di ospedalizzazione per acuti risente, nella proiezione effettuata, dei dati relativi ai ricoveri in regime di day hospital che, come noto, vengono chiusi in gran parte al 31 dicembre di ciascun esercizio. Considerazione analoga, peraltro, riguarda i ricoveri per lungodegenti e in regime di riabilitazione ospedaliera. Altri elementi conoscitivi disponibili, non riportati in tabella, fanno emergere, anche median-

te l'impiego di correttivi sulle proiezioni effettuate rispetto ai ricoveri in regime di day hospital, la tendenza al rispetto, da parte delle Aziende sanitarie pubbliche, del piano di produzione ospedaliera. La performance registrata sui principali indicatori economici è sicuramente confortante. L'unico parametro significativo fuori scala è rappresentato dalla voce relativa all'acquisto di prestazioni da strutture private. In relazione a tale fenomeno, tuttavia, è opportuno considerare che, in ogni caso, è in via di pieno perseguimento l'o-

biiettivo relativo ai costi complessivi, voce che include la precedente, e la constatazione che i valori registrati sulla voce “privati” non è ancora stata valutata rispetto alle azioni di verifica dell’appropriatezza delle prestazioni erogate e, quindi, passibile di modifiche in riduzione.

La situazione registrata in merito alla capacità di rispettare i tempi d’attesa, nella misura definita dagli obiettivi concordati, risente delle difficoltà che le Aziende sanitarie hanno incontrato in relazione alle previste azioni di potenziamento delle attività ambulatoriali determinate, in via generale, sia dai vincoli posti sulle assunzioni di personale, sia dalle problematiche inerenti alla concreta possibilità di recuperare risorse dal settore ospedaliero a tale scopo.

Da queste prime considerazioni si evince l’esigenza, per addivenire ad una valutazione complessiva dei risultati ottenuti, di comprendere le cause degli scostamenti e, soprattutto, di disporre di elementi conoscitivi aggiuntivi, in gran parte già contenuti nella BSC 2007, in grado di evidenziare la performance conseguita sulle azioni che, in base al modello di programmazione definito, determinano un impatto significativo sulle misure di performance finali. In altri termini, la valutazione complessiva dei contenuti della BSC 2007, dovrà consentire di comprendere se, a fronte dei risultati conseguiti, sono state effettuate tutte le azioni previste e, in caso negativo, quali fattori ostativi non ne hanno consentito l’attuazione. Solo in tale fase sarà possibile determinare le misure di performance corrette per Area Chiave e a livello di sintesi globale.

In ogni caso, risultati conseguiti, positivi o negativi che siano, non possono essere attribuiti esclusivamente alla BSC che, in concreto, si è limitata a svolgere una funzione strumentale di trasposizione dei contenuti di piani e programmi secondo uno schema più trasparente e intellegibile ma che, tuttavia, avrebbero dovuto trovare applicazione nel corso dell’esercizio. Di certo, almeno con riferimento all’anno 2007, la BSC ha svolto una funzione di:

- “facilitatore” del processo di identificazione quantitativa dei contenuti di Piano;
- esplicitazione di relazioni logiche tra azioni ed effetti attesi e, in questo senso, della sequenza temporale delle azioni da implementare quale condizione necessaria per ottenere un risultato finale;
- identificazione di specifiche responsabilità a livello di governo e di gestione dei servizi sanitari;
- trasmissione, anche attraverso la partecipazione diretta degli attori interessati, dei contenuti dei programmi regionali ad un’ampia base di operatori.

In altri termini, i fattori che rendono efficace un’azione di piano sono rappresentati dalla validità dei programmi definiti, dalla bontà del sistema di relazioni causa-effetto ad essi sottostanti e dalla ragionevolezza degli obiettivi formulati. Di certo, la BSC rappresenta un validissimo strumento di supporto le cui caratteristiche consentono di rafforzare i contenuti della programmazione o, al contrario, di evidenziarne decisamente le principali lacune.

Sicuramente la BSC, nella Regione Abruzzo, ha svolto un’ulteriore funzione fondamentale: riattivare un processo, quello della programmazione, che da troppo tempo era stato trascurato o gestito senza modalità capaci di coinvolgere e far partecipare tutti gli attori interessati. Sotto questo profilo, il risultato conseguito è pienamente coerente con le attese e fa ritenere corretta la scelta di adottare tale strumento anche per le programmazioni future.

In base alle evidenze descritte, anche per riconoscere pienamente il ruolo della BSC, è possibile tracciare le principali linee che, nei prossimi anni, consentiranno di affinare progressivamente tale strumento:

- *sistema di misure*: esiste una duplice esigenza di affinamento che dovrà consentire, da un lato, di identificare Indicatori Chiave di Risultato per ogni settore d’intervento dei servizi sanitari e, dall’altro, forme più efficaci di rappre-

sentazione dei risultati attesi. In questo senso, già dalla BSC 2008, sono previsti indicatori più puntuali ed in grado di rappresentare tassi di copertura della domanda in un numero di settori d'intervento dei servizi sanitari sicuramente più ampio di quanto è avvenuto nel 2007;

- *sistema dei pesi*: anche in questo caso, esiste l'esigenza di affinare le metodologie per definire un sistema di pesi equilibrato ed in grado di orientare correttamente i comportamenti. A tale scopo, si reputa necessario costruire nuovi modelli di valutazione che, in prospettiva, tenderanno a considerare l'impatto delle azioni di piano, oltre che sui risultati d'esercizio, anche sugli esiti prodotti sullo stato di salute della popolazione. In questo senso, la BSC assumerebbe il ruolo di strumento di interpretazione della strategia giungendo alla formulazione di un sistema di pesi coerente con i risultati finalistici del Sistema Sanitario Regionale.

La possibilità che la BSC assuma appieno il ruolo che le si intende riconoscere, tuttavia, è legato alle azioni che si riuscirà a sviluppare, nei prossimi anni, per il potenziamento e la riqualificazione del sistema informativo regionale per i servizi sanitari e, parallelamente, al significato che le potrà essere attribuito sul piano della capacità di influenzare i processi di scelta delle persone anche attraverso l'utilizzo delle misure di performance individuate per valutare l'operato dei dirigenti. Su questi temi si gioca, nel prossimo futuro, la scommessa sulla capacità del Sistema Sanitario Regionale di essersi riappropriato delle funzioni di governo che gli sono proprie.

La realizzazione di un grande progetto innovativo, quale è stata l'introduzione della balanced scorecard presso la Regione Abruzzo, è sempre il frutto dell'azione di un gruppo che è riuscito ad operare in sintonia. Oltre agli autori, sono stati coinvolte nel progetto anche altre persone che, con le proprie idee e con le loro azioni, hanno reso possibile perseguire i risultati che oggi è possibile documentare con il presente lavoro. Senza di essi ciò non sarebbe potuto avvenire. A loro va, oltre al nostro ringraziamento, il riconoscimento in qualità di co-autori del presente lavoro. Il Gruppo Regionale BSC è composto dalle seguenti persone:

Agenzia Sanitaria Regionale: Angeli Guido, Cassiani Rossana, Ceccagnoli Maria Assunta, Di Virgilio Manuela, Esposito Stefano, Macerola Alicia, Marano Elena, Montesi Matteo, Rosetti Alessandra;

Direzione Sanità Assessorato alla Salute Regione Abruzzo: Bucciarelli Angelo, Crocco Maria, Di Natale Elisabetta, Falcone Antonella, Soria Dario, Melena Stefania, Pacifico Domenica;

Referenti BSC Aziende Sanitarie: Baci Riccardo, Bassi Antonella, Colitti Libero, D'Alessandro Antonella, Garbuglia Giuseppe, Mancinella Giuliano, Mancini Marianna, Mascitti Paolo, Ruffini Maria, Scalorbi Alessandro, Spadaccini Tiziana.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE DI RIFERIMENTO

- Atti del Convegno Internazionale *L'Azienda Sanità*, Bologna ottobre 1986, pubblicati a cura dell'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna - giugno 1988;
- Baraldi S., *Il balanced scorecard nelle Aziende sanitarie*, McGraw Hill, Milano, 2005;
- Casati G. (a cura di), *Il percorso del paziente: la gestione per processi in sanità*, EGEA, Milano 1999;
- Casati G., Mastrobuono I., Scomparin L., Guzzanti E., *Valutazione sullo stato di sviluppo della programmazione budgetaria nelle Aziende sanitarie italiane*, Mecosan N. 26, 1998;
- Casati G., Vichi M.C. (a cura di), *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*, McGraw-Hill, Milano, 2002;
- Casati G., *La gestione per processi in sanità*, QA, 2002, 13 (1);
- Coda V., *Sull'attività di direzione d'impresa*. Rivista internazionale di scienze economiche e commerciali, Anno 15, n.1 1968;
- Di Stanislao F., *Evidence Based Medicine e profili di assistenza strumenti di integrazione e di innovazione organizzativa, di miglioramento dell'efficacia e di razionalizzazione della spesa*, Aress I, n.3, Settembre 2001, 22-24;
- Kaplan R.S., Norton D.P., *The balanced scorecard*, Harvard Business Press, Boston, 1996;
- Kaplan R.S., Norton D.P., *The balanced scorecard: measures that drive performance*, Harvard Business Review, January-February, 1992;
- Mastrobuono I., Casati G., *Indagine conoscitiva riguardante lo stato di sviluppo dei sistemi di programmazione del budget relativo all'anno 1997 in tutte le Aziende Sanitarie del Paese*, RSS (Ricerca sui Servizi Sanitari), anno I, N. 4, 1997;
- NHS Management Inquiry (The Griffiths Management Report)*, Department of Health and Social Security (DHSS), 1983. DHSS, London;
- Ouchi W.G., *La progettazione dei meccanismi di controllo organizzativo*, in Sviluppo e organizzazione, n. 64, 1981;
- Panella M., Moran N., Di Stanislao F., *Una metodologia per lo sviluppo di profili di assistenza: l'esperienza del TriHealth, Inc. Profili assistenziali*. QA, 1997; 8 (1).

VALUTAZIONE E PERFORMANCE IN FRIULI VENEZIA GIULIA

58

I QUADERNI DI **MORPHO**

Giorgio Simon

Agenzia Regionale della Sanità - Regione Friuli Venezia Giulia

La Regione Friuli Venezia Giulia (FVG) ha adottato, con la Legge Regionale 49/1996 e con gli atti successivi, il proprio modello di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale. La Legge stessa fissa cadenze e modalità della valutazione delle attività Aziendali e dell'intero sistema. La sequenza del processo prevede: la pianificazione e la programmazione regionale, le linee di gestione annuali, la produzione della bozza di piano Aziendale, la negoziazione con l'Agenzia Regionale della Sanità (ARS), il piano Aziendale definitivo.

A partire dal piano annuale avviene il controllo trimestrale e la valutazione finale del raggiungimento degli obiettivi che Regione e Aziende avevano definito.

È da questo processo che nascono la definizione di obiettivi e la misurazione del loro raggiungimento e quindi della performance.

In FVG la valutazione risponde a diverse finalità.

- La principale è la misurazione dello stato di avanzamento e di realizzazione degli obiettivi strategici regionali. In questa maniera è possibile avere un quadro costante di cosa si sia fatto e che risultati si siano raggiunti rispetto a quanto deciso e programmato.

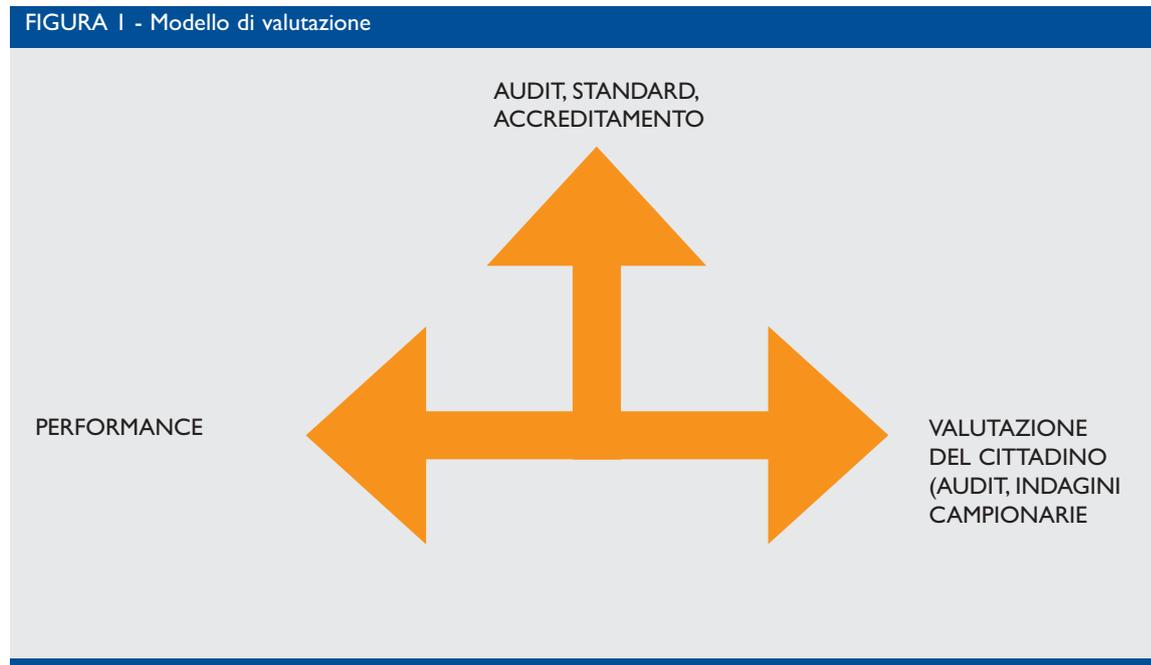
- La seconda finalità è di fornire costantemente alle Aziende il punto della propria situazione rispetto ai periodi precedenti e alle altre Aziende.
- La terza valutazione è quella più classica di misurazione dello stato di salute della popolazione.
- L'ultima, ma non per questo meno importante, è la misura della performance ottenuta dai singoli professionisti.

LE AREE E GLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE

La valutazione ha la finalità di dare valore a una misura. Il valore – “il cosa si vuole” e “il dove si vuole andare” – è sempre definito dalle strategie adottate dal sistema sanitario.

Per la regione FVG le aree strategiche “macro” sono: l'attuazione dei diritti e l'equità dei servizi, l'efficienza, la diffusione delle buone pratiche e il miglioramento dei risultati sulla salute della popolazione. I diritti cui si fa riferimento sono da un lato quelli contenuti nella Carta Europea che definiscono lo statuto di “cittadinanza” nell'ambito della salute, dall'altro il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che delimitano l'area di intervento e i compiti del Servizio sanitario regionale (SSR). La valutazione si svolge, classicamente, su tre assi: la misurazione di performan-

FIGURA 1 - Modello di valutazione



ce, il rispetto di standard predefiniti (audit interno ed esterno ed accreditamento) e la valutazione esterna da parte del cittadino.

I tre assi non devono essere indipendenti, coerenti e intrecciati. Ad esempio la gestione della sicurezza del paziente è misurata attraverso indicatori (performance), garantita dai criteri di accreditamento e valutata dallo strumento dell'audit civico usato dai cittadini.

Una valutazione su versanti così diversi, ma soprattutto così articolati, necessita di strumenti altrettanto articolati.

La maggior parte dei compiti di valutazione di valenza regionale è svolta dall'Agenzia Regionale della Sanità che, quale organo tecnico, effettua questo lavoro sia per la Giunta Regionale che per le Aziende. Per la Giunta Regionale la valutazione ha valore di controllo rispetto agli obiettivi, per le Aziende ha anche valore di strumento di benchmarking.

Ciascun strumento adottato deve rispondere alle necessità dell'area misurata in particolare sui versanti di precisione, tempestività, fattibilità e riproducibilità. Nei paragrafi successivi verranno illustrati alcuni degli strumenti in uso, la rispettiva filosofia e i problemi ad essi correlati.

ESEMPIO I IL CONTROLLO DIREZIONALE

Il meccanismo previsto dalla LR 49/1996 richiede che il controllo direzionale del sistema sia in grado di monitorare, a cadenza almeno trimestrale, l'andamento complessivo della Regione e anche delle singole Aziende.

Per far questo è necessario un sistema informativo e informatico articolato e tempestivo che, a partire dai dati correnti, sia in grado di fornire le informazioni che servono a "tenere la rotta".

Il sistema analizza sostanzialmente tre aree: i costi dei beni sanitari, i costi e le risorse del personale e i volumi delle attività sanitarie.

L'obiettivo è di avere a disposizione uno strumento agile e semplice, ma che possa fornire i dati in tempo utile per prendere decisioni a cadenze inferiori rispetto a quelle della programmazione annuale.

Nella figura 2 è ad esempio rappresentato l'andamento mensile dei consumi di beni sanitari raffrontato con gli stessi mesi dell'anno precedente e con il budget previsto.

Per le attività sanitarie sono presi in considerazione numerosi parametri, alcuni dei quali sono elencati nella tabella 1.

FIGURA 1 - Esempio di sistema di valutazione del controllo direzionale – consumo di beni sanitari



TABELLA 1 – Indicatori del controllo direzionale mensile (selezione)

- Numero di accessi in Pronto Soccorso, Numero di accessi in Pronto Soccorso per codice colore di Urgenza
- Confronto tra ASS di residenza dei dimessi in regime di Ricovero Ordinario di tipo Medico, Chirurgico Day Care di tipo Medico Day Care di tipo Chirurgico
- Presenze medie giornaliere nel periodo Gennaio-Settembre 2006 e Gennaio-Settembre 2007 per ospedale, tipo di ricovero e confronto per periodo
- Confronto tra Ospedali dei dimessi dopo procedure di rivascolarizzazione cardiaca, procedure di protesica ortopedica per Ospedale di dimissione (spalla, ginocchio e anca)
- Confronto dei dimessi con DRG ad alto rischio di inappropriatezza appartenenti all'elenco dei c.d. DRG LEA per Gruppo di DRG
- Totale dimissioni dei residenti in RSA, Giornate di degenza dei residenti in RSA
- Utenti trattati – assistenza infermieristica domiciliare e assistenza riabilitativa domiciliare

ESEMPIO 2 I SISTEMI DI SORVEGLIANZA DI PROGETTI ED OBIETTIVI

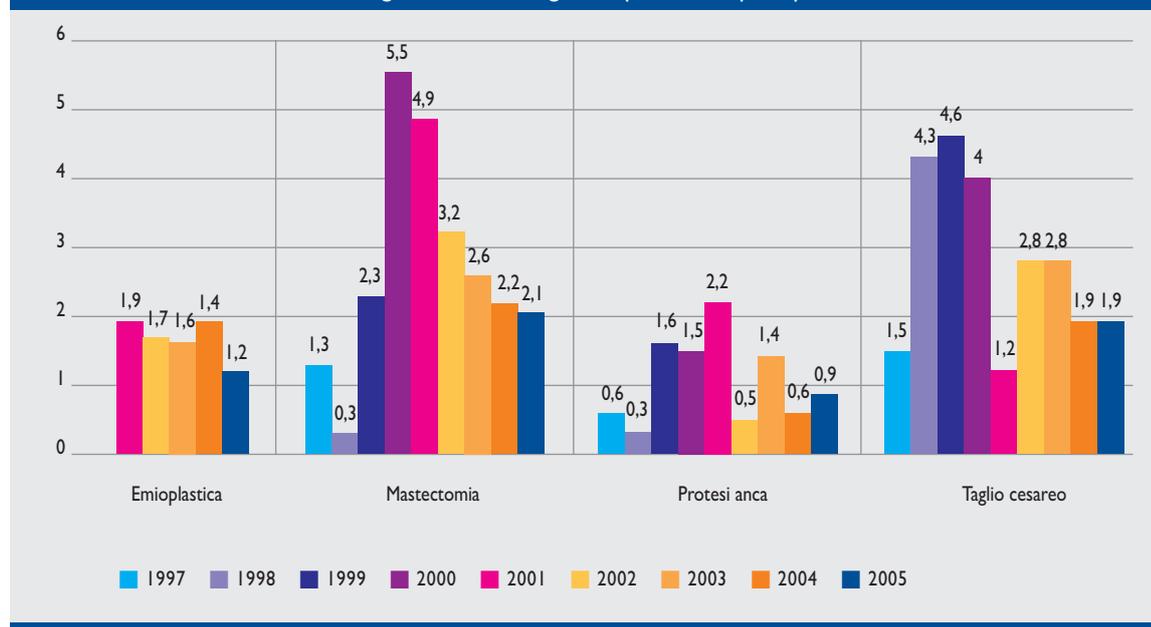
La programmazione regionale del FVG fin dall'avvio delle Aziende ha definito obiettivi e progetti di valenza regionale con lo scopo di orientare il sistema facendolo crescere in maniera diffusa.

La definizione degli obiettivi ha comportato l'attivazione di sistemi di misurazione ad essi riferi-

ti. In alcuni casi agli obiettivi sono stati collegati anche dei meccanismi premio/sanzione legati al finanziamento Aziendale.

È attraverso questi sistemi che la Regione è riuscita ad esempio a ridurre drasticamente il ricorso all'ospedale con l'uso diffuso del PRUO (Protocollo di revisione dell'uso dell'ospedale) misurando su campioni di cartelle l'appropriatezza del ricovero e di ciascuna giornata di degenza. Nel periodo di applicazione del PRUO le

FIGURA 3 - Infezioni del sito chirurgico: incidenza regionale per anno e per tipo di intervento.



giornate di degenza sono passate da 2,2 a 1,6 milioni, la degenza media da 8,4 a 6,9 gg., il tasso di ospedalizzazione da 202 al 160 per mille abitanti. Sempre con meccanismi di questo tipo si è riusciti ad incrementare in misura consistente la copertura delle vaccinazioni facoltative nell'infanzia e dell'antinfluenzale negli anziani.

Altri progetti rilevanti sono stati l'avvio del sistema regionale di sorveglianza delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie ed in particolare in quelle ospedaliere.

La figura 3 mostra i dati di otto anni di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico per tipo di intervento e anno. La disponibilità delle informazioni, la raccolta e il ritorno delle stesse ai singoli erogatori, il confronto con altri erogatori regionali sono strumenti importanti per la modifica dei comportamenti.

ESEMPIO 4 VALUTAZIONI INDIVIDUALI, GLI SCREENING

La misurazione della performance deve sempre avere ben presente, oltre a cosa si sta misurando, anche chi si sta misurando. Molti degli indicato-

ri hanno come livello minimo di lettura la struttura o l'unità operativa. In alcuni casi è invece necessario scendere a livello del singolo professionista.

In FVG questa procedura è stata usata nei programmi di screening oncologici. Nel caso dello screening mammografico si è ad esempio proceduto nella seguente maniera:

- è stato fatto un corso introduttivo per tutti i radiologi che si erano candidati alla lettura di screening;
- è stato fatto un primo test standard su tutti;
- dopo il test i candidati hanno fatto uno stage intensivo presso un centro nazionale di lettura di screening;
- quindi è stato fatto il test finale e solo chi lo ha superato (circa il 50%) è diventato lettore dello screening;
- tutti i lettori vengono verificati a cadenza fissa per le proprie performance individuali.

Questo tipo di procedura è applicabile solo a processi altamente standardizzati; resta il fatto comunque che la valutazione individuale è uno strumento importante di misurazione della performance e di garanzia della qualità del sistema.

ESEMPIO 5 LA VALUTAZIONE INDIVIDUALE, I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

La medicina generale è stata troppo spesso vissuta, negli stereotipi Aziendalisti, come una grande fonte di produzione di prestazioni e di consumo di risorse. Attorno a questo sono nati molti modelli di “misurazione della spesa”, in particolare di quella farmaceutica, che nulla hanno a che vedere con la qualità delle cure. Questo ha spesso prodotto contrapposizioni tra ASL e MMG senza portare ad alcuna conclusione positiva.

Il rovesciamento del paradigma richiede che si passi dal misurare la spesa al misurare la qualità prodotta pur tenendo in conto l'efficienza.

L'ambito della medicina generale e delle cure primarie è quello che maggiormente si presta, in questo momento, ad una vera applicazione pratica di quella che è internazionalmente definita come *clinical governance*.

In Regione FVG nel corso del 2007 e del 2008 si sono sviluppati e si stanno sviluppando nuovi programmi e progetti in cui la misurazione della qualità nelle cure primarie è una priorità.

Lo strumento adottato è quello di mettere insieme tutte le informazioni disponibili per una lettura standardizzata e comparativa del singolo medico, del gruppo, del distretto, dell'Azienda.

Il principio metodologico con cui si analizzano i dati sono l'audit e il confronto tra pari.

In questo ambito è stato sviluppato anche un sistema informativo, il SIE (Sistema Informativo Epidemiologico) (fig. 4) che raccoglie e rappresenta tutti i dati.

Le domande cui intende rispondere il SIE sono:

- che malattie hanno i miei assistiti (prevalenza di alcune malattie croniche)?
- che prestazioni ho richiesto per loro (tassi di prestazioni ambulatoriali a maggiore frequenza)?
- quanti hanno avuto eventi acuti (accessi in Pronto soccorso differenziati per codice)?
- quanti sono stati ricoverati per ricoveri evitabili (ricoveri per alcune patologie quali asma, diabete, scompenso, ecc.)?
- come li sto curando (prescrizioni farmaceutiche)?
- li sto curando secondo le indicazioni di lette-

FIGURA 4 – Portale SIE



ratura (indicatori di buone pratiche cliniche per alcune patologie quali diabete, BPCO, scompenso cardiaco, ecc.)?

Il SIE permette di estrarre i dati di ciascun MMG e di confrontare ogni indicatore con i suoi colleghi di gruppo, di distretto, di Azienda e di Regione. Come tutti i sistemi che si basano su dati amministrativi ci sono imprecisioni e incompletezze. L'idea di renderlo comunque uno strumento diffuso serve a migliorare il sistema con la prova "sul campo".

Su alcuni progetti è stato possibile confrontare le informazioni raccolte dal sistema regionale con quelle di alcuni MMG. In questa maniera si sono potuti misurare problemi e incompletezze.

CONCLUSIONI

In questa breve rassegna si è voluto dare un'idea di come si sia costruito e come si stia evolvendo il sistema di valutazione della Regione FVG.

Il filo conduttore principale è di cercare di unire e di rendere coerenti il "macro" e il "micro". In altre parole questo significa che, quando un problema di salute viene valutato come importante,

il sistema di misurazione deve essere in grado di capire cosa accade a livello regionale ma anche per la singola area territoriale e, dove possibile, per il singolo professionista.

Nello stesso tempo gli strumenti paralleli, quali la formazione e gli sviluppi dei sistemi informativi, devono andare nella stessa direzione.

Elemento essenziale di questo cambiamento è che la rete organizzativa deve prevedere la partecipazione, la consapevolezza e l'apporto di tutti. Un approccio top-down non avrebbe alcun effetto.

Si può dire che, in un certo senso, in questo momento il FVG sia un grande laboratorio dove il tentativo di dare attuazione concreta a quello che spesso è considerato solo uno slogan, la "clinical governance", sta cercando, tra prove ed errori, di trovare attuazione. Non è sempre facile trovare accordi tra culture spesso diverse ma, se il motto della Regione è "Armonia nella diversità", forse il terreno è buono.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E DOCUMENTALI

Molti materiali sono disponibili nel sito della sanità regionale www.sanita.fvg.it e in quello delle cure primarie www.ceformed.it.

LA VALUTAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE NELL'ESPERIENZA DELLA REGIONE LOMBARDIA

64

I QUADERNI DI **MOBILIA**

Carlo Zocchetti, Loredana Luzzi, Luca Merlini
Direzione Generale Sanità – Regione Lombardia

Assicurare una elevata qualità dell'assistenza resa al cittadino garantendone il continuo miglioramento nel tempo è compito fondamentale per qualsiasi sistema sanitario. La Regione Lombardia si è dedicata con assiduità negli ultimi 10 anni al raggiungimento di questo obiettivo ponendo attenzione alla qualità intesa come efficacia delle cure, efficienza della loro erogazione, appropriatezza dei servizi forniti, soddisfazione dell'utente, attivando a tal fine strumenti molteplici e complementari nel rispetto della sostenibilità economica dell'intero Servizio sanitario regionale (Ssr). Il punto di partenza del percorso messo in opera dalla Regione Lombardia deve essere ricercato all'interno della L.R. 31/97 (*Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali*), la legge che ha ridisegnato completamente il Servizio sanitario regionale, dove, fra l'altro, è stata sancita l'introduzione nelle Aziende sanitarie di sistemi di verifica e di controllo della qualità delle prestazioni erogate e dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse finanziarie, prevedendo che le Aziende del Ssr dovessero compiere tutte le azioni necessarie per la produzione, l'erogazione ed il controllo di prestazioni e di servizi secondo le norme Iso 9000.

Passaggio successivo può essere considerato il processo di accreditamento che, dopo le indicazioni contenute sempre nella L.R. 31/97, ha trovato dettagliata applicazione con la Delibera di Giunta Regionale (DGR) n.VI/38133 del 6 agosto 1998 (Attuazione dell'articolo 12, comma 3 e 4, della L.R. 11.7.1997 n. 31. *Definizione di requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie*), delibera che oltre a recepire il DPR 14.1.97 (contenente i requisiti minimi validi a livello nazionale) ha stabilito un insieme di requisiti di accreditamento cosiddetti "aggiuntivi" cui le strutture lombarde si devono attenere al fine di poter erogare prestazioni per il Ssr.

Al momento accreditativo segue la stesura di un apposito contratto che definisce i rapporti giuridici ed economici tra la struttura erogante e l'Azienda Sanitaria Locale (Asl) competente per territorio. Nello schema tipo di tale contratto (si veda, ad esempio, la Dgr n. 47508/99) il miglioramento della qualità viene definito quale obiettivo primario di Asl ed erogatori, da perseguire in modo collaborativo (art.5), ed in proposito le strutture eroganti si impegnano a sviluppare il sistema di qualità Aziendale (in conformità con le direttive stabilite dalla Giunta) con particolare riferimento: alla revisione dei processi di cura, depo-

sitando presso la Asl i protocolli diagnostici e terapeutici adottati in ciascuna U.O.; all'assunzione tra i propri obiettivi della certificazione dei processi di produzione (Iso 9000); all'adozione di un protocollo di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri; alla riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali; nonché alla predisposizione di un piano di comunicazione di questi tempi sia all'interno che all'esterno dell'Azienda.

Con la Dgr n. VI/46582 del 1999 (*Individuazione delle aree e dei primi indicatori per l'attuazione del sistema qualità nelle strutture sanitarie lombarde* (L.R. 31/97, art. 13); *approvazione della procedura di riparto dei finanziamenti alle Aziende Sanitarie pubbliche per l'introduzione e lo sviluppo di sistemi di qualità Aziendali*) il percorso lombardo verso il miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati dal Ssr fa un ulteriore passo in avanti, attraverso l'identificazione di una parte di modalità operative con cui valutare il procedere delle attività (individuazione di indicatori di struttura, di processo, di attività e definizione delle modalità di rilevazione della soddisfazione dell'utente) e dall'altra di strumenti espliciti di finanziamento di progetti di qualità Aziendale (finanziamenti alle Aziende Sanitarie Pubbliche che hanno presentato progetti per il miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi, coerenti con le indicazioni regionali)¹.

Da segnalare poi è l'aspetto del processo di valutazione della qualità che riguarda nello specifico il tema della soddisfazione degli utenti, sia attraverso l'analisi dei questionari di gradimento dei servizi sanitari che attraverso l'esame dei reclami: il sistema di rilevazione della soddisfazione dell'utente, in termini di strumenti, metodologia e flusso informativo, è stato definitivamente strutturato con la DGR n. 8504 del 22 marzo 2002 (*Qualità percepita dei servizi sanitari: sviluppo del sistema di rilevazione. Approvazione delle "Linee guida per la customer satisfaction - Metodi e strumenti per la*

rilevazione del grado di soddisfazione nelle strutture sanitarie"). Tra gli aspetti di gradimento del servizio che vengono indagati vi sono, diversamente per l'area di ricovero, l'area ambulatoriale e l'area Adi (Assistenza Domiciliare Integrata): le condizioni alberghiere (vitto, alloggio, facilities, igiene); l'assistenza medica ed infermieristica ricevuta; l'organizzazione complessiva del servizio (informazioni ricevute, accessibilità, qualità dell'assistenza per gli aspetti organizzativi, relazionali e professionali).

Il percorso di miglioramento continuo della qualità del Ssr ha quindi affrontato il tema del cosiddetto "accreditamento all'eccellenza" delle strutture sanitarie, tema particolarmente innovativo che ha visto nel corso degli anni 2001-2002 la Regione Lombardia sperimentare in dieci strutture sanitarie la metodologia messa a punto dalla Joint Commission International. Tale metodologia, che interessa la struttura nel suo complesso, si fonda sulla adozione di standard opportunamente pre-definiti e considerati requisiti essenziali per l'erogazione delle prestazioni: in particolare, lo standard descrive il livello accettabile di performance di una struttura di erogazione che, se raggiunto, può condurre un sistema a conseguire un miglioramento continuo della sicurezza e della qualità delle cure erogate. Ogni standard è declinato secondo "elementi misurabili" (aspetti specifici che lo definiscono e che possono essere verificati al fine di valutare l'aderenza allo standard stesso), con una macro suddivisione tra gli standard che sono centrati sul paziente (accesso e continuità della cura; diritti del paziente e della famiglia; valutazione del paziente; cura del paziente; educazione al paziente e famiglia) e quelli che sono invece centrati sulla organizzazione (gestione e miglioramento della qualità; prevenzione e controllo delle infezioni; governo, leadership e direzione; sicurezza e gestione della struttura; formazione e qualificazione del personale; gestione delle informazioni). Naturalmente, l'ac-

¹ NB: non vi è spazio in questo contributo per una discussione di merito sui vari indicatori utilizzati e sui processi di valutazione e finanziamento messi in atto, per i quali si rimanda alla normativa regionale citata.

credita­mento all'eccellenza secondo questa procedura si ottiene se la struttura dimostra una compliance significativa agli standard proposti.

Non bisogna poi trascurare, sempre nel contesto delle attività riconducibili alla valutazione di qualità del Ssr, tutto il tema dei controlli sulle prestazioni sanitarie erogate, che la Regione Lombardia ha sviluppato con molte iniziative originali a partire dal 1997 e che si sintetizzano nella istituzione di uno specifico organismo deputato al controllo di dettaglio delle prestazioni (i Noc, Nuclei Operativi di Controllo, presso ogni Asl lombarda e presso la Direzione Generale Sanità) e nell'esame di una quota rilevante di singole cartelle di ricovero (fino al 5% dei ricoveri: circa 100.000 cartelle cliniche ogni anno) o di singole ricette/prestazioni ambulatoriali. Le ricadute di queste azioni sono enormi, non solo sul versante della qualità in senso stretto (corretta compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera, appropriato contesto erogativo, ecc.) ma anche in relazione ad altre importanti aree della programmazione sanitaria regionale (si pensi, ad esempio, al tema della adeguata tariffazione delle prestazioni erogate).

L'insieme delle esperienze fin qui descritte, alcune estese all'intero Ssr (accredita­mento, contrattazione, Noc, ecc.) ed altre più sperimentali e limitate (progetti di qualità Aziendale, accredita­mento all'eccellenza, ecc.) ha convinto la Giunta Regionale a mettere in atto, sul tema del miglioramento continuo della qualità, un programma sistematico di attività specificamente orientate alla valutazione delle Aziende sanitarie, con un duplice obiettivo: da una parte, verificare l'adozione ed il mantenimento di processi di miglioramento continuo da parte delle strutture accreditate, pubbliche e private, attraverso specifiche misure di performance (qualitativa, economica, di outcome, ecc.) e, dall'altra, diffondere a tutti i portatori di interesse le informazioni relative alla valutazione, al fine di consentire confronti e stimolare azioni di miglioramento dell'intero Ssr. Tale obiettivo è stato previsto nel Piano Socio Sa-

nitario Regionale (PSSR) 2002 – 2004 approvato dal Consiglio regionale nel marzo 2002.

In attuazione del Pssr la Giunta Regionale ha prima indicato le aree valutative ritenute di interesse e poi, nel corso del 2003, esperito una procedura ad evidenza pubblica per l'individuazione di un soggetto, singolo o consorziato, che potesse supportare gli uffici regionali nella implementazione del programma di valutazione delle Aziende su tutto il territorio lombardo. Da tale procedura è risultato selezionato il progetto proposto dalla Joint Commission International, alla quale è stato quindi affidato l'appalto per l'implementazione del progetto stesso nel triennio 2004-2006, con un impegno diretto di risorse pari ad € 1.822.800 (al netto di Iva). Tutto ciò premesso, nel seguito di questo contributo verranno descritti solo gli elementi fondamentali che hanno costituito il progetto di valutazione della Jci, i principali risultati raggiunti, e lo sviluppo previsto, ben sapendo che tale attività, per quanto rilevante, non esaurisce l'insieme delle iniziative sul miglioramento continuo della qualità che caratterizzano il Ssr lombardo.

LA VALUTAZIONE DELLE AZIENDE

Il progetto di valutazione delle Aziende sanitarie lombarde elaborato dalla Jci sulla scorta delle richieste avanzate dalla Giunta Regionale nel Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004 è stato articolato in quattro distinti sottoprogetti:

1. sottoprogetto "Valutazione delle performance qualitative";
2. sottoprogetto "Valutazione di outcome";
3. sottoprogetto "Valutazione economica e della produttività";
4. sottoprogetto "Valutazione del management pubblico".

Il progetto si è avvalso di due organismi tecnici ampiamente partecipati ed esterni sia alla JCI che alla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia: un Comitato Tecnico Scientifico (CTS, con rappresentanze delle professioni sanitarie, delle università, delle società scientifiche,

della Regione Lombardia) in grado di fornire valutazioni di merito rispetto agli orientamenti progettuali, ed un Comitato Tecnico Operativo (CTO) dedicato alla supervisione ed al monitoraggio delle fasi di attuazione.

SOTTOPROGETTO I VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE QUALITATIVE

Il sottoprogetto “Valutazione delle performance qualitative” ha inteso promuovere la valutazione dei comportamenti organizzativi, differenziando gli aspetti di valutazione riferiti alle Asl da quelli riferiti alle Aziende Ospedaliere.

Per le Asl sono state sottoposte a valutazione cinque aree così denominate: a) tutela; b) controllo; c) organizzazioni; d) mmg e pls; e) processi assistenziali; ci si è avvalsi di un insieme di 46 standard implementati nei tre anni del progetto.

Per le Aziende Ospedaliere sono state esaminate le seguenti cinque distinte aree: a) diritti dei pazienti e processi di presa in carico clinici e assistenziali; b) sviluppo delle risorse umane; c) gestione dei processi di interscambio di servizi-prestazioni tra e intra strutture sanitarie; d) sistema informativo amministrativo e clinico; e) gestione dei processi di miglioramento della qualità; facendo ricorso a 58 standard selezionati tra i 368

dell’accreditamento internazionale (*Joint Commission International Standards for Hospitals*, ed. 2003). A titolo di esempio, la tabella 1 riporta riepilogativamente, per ogni anno del triennio, il numero di standard attivati per ogni area, separatamente per gli ospedali e per le Asl.

Dal punto di vista della metodologia utilizzata, il programma di valutazione è costituito da due percorsi operativi: da una parte, ciascuna struttura ha effettuato periodicamente un intervento di autovalutazione della adesione agli standard indicati; dall'altra, i consulenti della Jci hanno condotto visite in situ presso le strutture da valutare.

Per quanto riguarda il *processo di autovalutazione*, un referente sanitario e un referente amministrativo per ciascuna struttura hanno avuto il compito di verificare l’aderenza della struttura stessa agli standard compilando trimestralmente (con l’uso di software sviluppati ad hoc) una autovalutazione; inoltre gli stessi referenti hanno assunto il ruolo di “facilitatori” delle linee metodologiche indicate per il miglioramento continuo, essendo la qualità di competenza non solo delle Direzioni, ma anche e soprattutto dei professionisti sanitari che operano ogni giorno a contatto con il paziente.

Il ruolo assegnato alla autovalutazione è sostanzialmente quello di aiutare a sviluppare una siste-

TABELLA 1 - Numero di standard attivati per ogni area durante il triennio

Ospedali	a) diritti dei pazienti	b) sviluppo risorse umane	c) gestione processi di interscambio	d) sistema informativo	e) processi miglioramento qualità	Totale
1° anno	5	4	5	5	3	22
2° anno	9	3	5	2	4	23
3° anno	0	4	3	5	2	13
Totale	14	11	12	12	9	58

ASL	a) tutela	b) controllo	c) organizzazione	d) MMG, PLS	e) processi assistenziali	Totale
1° anno	5	4	2	5	3	19
2° anno	7	2	2	2	4	17
3° anno	0	3	1	4	2	10
Totale	12	9	5	11	9	46

matica e ritmica riflessione sul livello di qualità raggiunto. Sotto il profilo manageriale questo sistema appare di grande significato, proprio perché permette al management sia di fare il punto su vari aspetti della qualità sia di sviluppare dei piani di miglioramento da verificare e monitorare nei mesi successivi. Ne consegue che attraverso la autovalutazione si può identificare lo stato dell'organizzazione in relazione agli standard ed agli elementi misurabili stabiliti, ed a partire dalla valutazione di ciascuno standard si possono mettere a punto dei piani di miglioramento che coinvolgano in toto o in parte l'organizzazione che si sta valutando.

Per quanto riguarda invece le *visite in situ* presso le strutture, nel corso del primo anno sono state effettuate presentazioni del programma di valutazione ai professionisti, successivamente le visite hanno avuto carattere conoscitivo e consulenziale, infine nel corso del terzo anno le visite sono state finalizzate a verificare la compliance con gli standard e la congruenza dell'autovalutazione. Naturalmente, a seguito della visita, alle strutture veniva inviato un verbale relativo alla visita stessa contenente osservazioni e spunti per il miglioramento.

Ad ogni elemento misurabile di ciascuno standard è stato associato un punteggio secondo la seguente scala: completamente raggiunto (1), parzialmente raggiunto (0,5), non raggiunto (0), non applicabile (NA). Inoltre, al fine di agevolare l'attività di valutazione è stata prodotta una guida specifica per l'autovalutazione e per l'interpretazione degli standard.

Sempre dal punto di vista metodologico, merita un accenno anche il tema della formazione degli operatori, ed in particolare dei referenti (sanitario e amministrativo) delle singole strutture oggetto di valutazione: una descrizione delle attività condotte esula dagli scopi del presente contributo (si rimanda per il dettaglio al materiale presente nel sito web della Direzione Generale Sanità) ma è evidente che la riuscita di gran parte di questo percorso valutativo poggia sul fon-

damentale ruolo svolto da queste due figure.

GLI STANDARD DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI

Come anticipato, gli standard utilizzati per la valutazione delle Asl sono stati 46 nel triennio del programma ed hanno interessato cinque aree:

- a) *tutela*: l'insieme delle decisioni e degli strumenti che sono messi in atto al fine di svolgere una funzione di indirizzo delle attività prodotte da altre organizzazioni sanitarie;
- b) *controllo*: l'insieme delle attività direttamente svolte dall'Azienda Sanitaria Locale con specifico riferimento al controllo degli erogatori nei confronti dei quali è attivo un contratto;
- c) *organizzazione*: l'insieme delle attività di supporto alle funzioni ed ai processi della Asl;
- d) *mmg e pls*: l'insieme delle attività che rilevano il ruolo svolto da queste figure professionali nonché le attività effettivamente sviluppate all'interno dell'Azienda Sanitaria Locale per la gestione del rapporto convenzionale. In questo caso la verifica Jci non è stata rivolta ai singoli mmg e pls, ma alle modalità attraverso cui le Asl hanno operato per rendere effettivo l'utilizzo degli standard presso questi;
- e) *processi assistenziali*: le attività a carattere assistenziale, sanitario e sociale direttamente erogate dall'Azienda Sanitaria Locale. Le attività valutate sono state identificate sulla base della loro capacità di generare valore per l'utente, sia esso considerato individualmente che come utente collettivo; non sono invece state oggetto di valutazione quelle procedure interne all'organizzazione che rappresentano passaggi intermedi, ancorché essenziali, per il conseguimento di specifici obiettivi.

La tabella 2 presenta alcuni esempi degli standard esaminati, evidenziando per ciascuno di essi quale sia l'elemento misurabile, e come avvenga la verifica dei processi e la valutazione dei risultati.

La tabella 3 sintetizza, al termine del triennio di

TABELLA 2 - Esempi di standard per la Asl

	Tutela	Controllo	Organizzazione	mmg-pls	Processi assistenziali
Descrizione dello standard	L'ASL provvede in maniera tempestiva a ricevere e risolvere i problemi relativi ai reclami ed alle segnalazioni dei propri assistiti	L'Azienda Sanitaria Locale assicura che i propri assistiti accedano ai servizi sanitari e socio-sanitari offerti nel proprio territorio in modo che barriere fisiche, linguistiche e culturali non ostacolino l'accesso e l'erogazione dei servizi.	Le responsabilità di ciascun operatore sono definite in un documento aggiornato (job description)	L'ASL stipula contratti o eroga servizi o prestazioni in modo che l'Assistito acceda ai servizi sulla base di ben precisi bisogni di assistenza sanitaria e sulla base delle risorse e della mission dell'Azienda Sanitaria Locale	Le politiche e le procedure dell'ASL, nonché le leggi e i regolamenti vigenti guidano il processo uniforme di assistenza per tutti gli assistiti
Elemento misurabile	L'ASL ha un processo per favorire l'assistito nella sua decisione di ricorrere alla segnalazione	Esistono politiche ed azioni per superare o ridurre le barriere all'accesso	Le "job description" vengono periodicamente aggiornate	Il personale del network e di altri erogatori è addestrato sull'utilizzo di tali criteri	I dirigenti sanitari ed amministrativi dell'ASL collaborano al fine di predisporre processi uniformi di assistenza sanitaria
Verifica dei processi		Verifica se il processo è in atto			Verbali di incontri
Valutazione dei risultati	Interviste di verifica		Dimostrazione aggiornamento job description	Questionari di customer satisfaction somministrati ad assistiti	Evidenza della collaborazione

osservazione, il risultato della autovalutazione complessiva degli standard Aziendali; la tabella 4 riporta i risultati dello score medio per singola

Asl; la tabella 5 presenta l'elenco degli standard che, a seguito della autovalutazione, sono stati considerati critici a livello regionale.

TABELLA 3 - Risultato complessivo della autovalutazione degli standard Asl

	Tutela	Controllo	Organizzazione	mmg-pls
Completamente raggiunti	82,6%	60,3%	85,6%	57,1%
Parzialmente raggiunti	17,0%	39,7%	14,0%	40,8%
Non raggiunti	0,5%	0,0%	0,4%	2,2%
Totale valutati	98,6%	99,6%	100,0%	100,0%
Non valutati	1,4%	0,4%	0,0%	0,0%
Score medio regionale	0,91	0,80	0,93%	0,77%

TABELLA 4 - Score medio per singola Asl

ASL	Tutela	Controllo	Organizzazione	mmg-pls
Bergamo	0,86	0,78	0,93	0,63
Brescia	0,90	0,84	0,91	0,66
Como	0,91	0,56	0,98	0,91
Cremona	0,87	0,56	0,93	0,70
Lecco	0,87	0,93	0,99	0,59
Lodi	0,86	0,50	0,90	0,66
Mantova	0,99	0,97	0,99	1,00
Milano Città	0,96	0,97	0,96	0,81
Legnano	0,88	0,63	0,88	0,76
Melegnano	0,99	0,97	1,00	1,00
Monza	1,00	1,00	1,00	1,00
Pavia	0,89	0,94	0,88	0,69
Sondrio	0,94	0,78	0,77	0,83
Varese	0,99	0,97	0,99	0,78
Vallecamonica	0,77	0,63	0,78	0,60
Totale Regione	0,91	0,80	0,93	0,77

TABELLA 5 - Elenco degli standard di Asl che, a seguito dell'autovalutazione, sono stati considerati critici a livello regionale

Sezione	Descrizione
Tutela	Gestione reclami e/o segnalazioni utenza Superamento barriere fisiche, linguistiche, culturali o altre barriere Gestione del consenso informato Tutela categorie protette Continuità assistenziale e coordinamento erogatori
Controllo	Superamento barriere fisiche, linguistiche, culturali o altre barriere Trasferimenti tra strutture e tra diversi livelli di assistenza Processo e lettera di dimissione
Organizzazione	Job description Processo di orientamento/inserimento personale Valutazione delle credenziali del personale Piano gestione delle informazioni Programma miglioramento qualità e sicurezza degli assistiti Misure chiave relative alle aree manageriali ed assistenziali Gestione eventi sentinella
Mmg-Pls	Processo uniforme di assistenza Gestione reclami e/o segnalazioni utenza Processo di informazione all'assistito Superamento barriere fisiche, linguistiche, culturali o altre barriere Riservatezza e protezione informazioni relative agli assistiti Prevenzione ed educazione sanitaria

TABELLA 6 - Confronto tra i risultati della autovalutazione ed i risultati delle visite in situ

Sezione	Senza variazione	Con variazione	Variazione in peggio	Variazione in meglio
Tutela	94%	6%	4%	2%
Controllo	73%	27%	22%	6%
Organizzazione	81%	19%	14%	6%
MMG-PLS	83%	17%	8%	9%

A conclusione di questo paragrafo è anche interessante mettere a confronto i risultati emersi dal processo di autovalutazione con i risultati emersi dalle visite in situ degli esperti della Jci: la tabella 6 ne sintetizza gli elementi più importanti per le differenti aree analizzate.

GLI STANDARD DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

Anche in questo caso si è già anticipato come, durante il triennio del programma, gli standard utilizzati per la valutazione delle Aziende Ospedaliere (pubbliche e private) siano stati 58 ed abbiano interessato cinque aree:

- a) diritti dei pazienti e processi di presa in carico clinici e assistenziali: gli standard selezionati riguardano le sotto-aree accesso e continuità dell'assistenza, diritti del paziente e dei familiari, valutazione del paziente;
- b) sviluppo delle risorse umane: la presa in carico e la gestione del personale devono essere supportate da procedure scritte, *job description*, orientamento/inserimento, formazione ed educazione continua in modo che il personale possa operare in condizioni di ragionevole sicurezza;
- c) gestione dei processi di interscambio di servizi-prestazioni tra e intra strutture sanitarie: la continuità delle cure presuppone una profonda integrazione tra unità operative, dipartimenti, servizi e professionisti;

- d) sistema informativo amministrativo e clinico: una efficace ed efficiente gestione dei dati e delle informazioni è di fondamentale importanza per garantire la qualità delle prestazioni;
- e) gestione dei processi di miglioramento della qualità: la gestione della qualità e del rischio non possono prescindere da alcune caratteristiche fondamentali quali l'impegno dell'alta direzione in tema di qualità e sicurezza, una cultura organizzativa orientata verso questi obiettivi, un piano della qualità che dia evidenza dell'approccio e della metodologia adottate, un approccio preventivo all'insorgenza di problemi importanti, un sistema causa-effetto in casi di evento avverso, la assunzione di decisioni e scelte di strategia desunte da dati di outcome e di processo, un impegno formativo del personale finalizzato al miglioramento e alla raccolta/analisi delle informazioni.

Sono stati selezionati principalmente standard strutturali e di processo: per ogni standard sono state verificate la conformità con la legislazione italiana e regionale nonché la conformità relativa alla prassi medica e la disponibilità di risorse umane e strumentali.

Anche per la valutazione delle Aziende Ospedaliere può essere utile considerare esemplificativamente alcuni standard, come viene fatto nella tabella 7, sempre evidenziando per ciascuno di essi quale sia l'elemento misurabile.

TABELLA 7 - Esempi di standard per l'Azienda Ospedaliera

	a) diritti dei pazienti	b) sviluppo risorse umane	c) gestione processi di interscambio	d) sistema informativo	e) processi miglioramento qualità
Descrizione dello standard	Al paziente con bisogni urgenti o immediati è data priorità di valutazione e di trattamento	I membri del personale, che forniscono assistenza al paziente, ed altri operatori sanitari, identificati dall'ospedale, sono addestrati e sono in grado di dimostrare adeguate competenze nelle tecniche rianimatorie	Durante tutte le fasi del trattamento, un professionista qualificato viene identificato come il responsabile dell'assistenza fornita al paziente	La politica ospedaliera identifica i soggetti autorizzati a fare annotazioni nelle cartelle cliniche e stabilisce il formato e il contenuto delle stesse	I dirigenti dell'ospedale identificano le misure chiave (indicatori) per monitorare le strutture, i processi e i risultati clinici e manageriali dell'ospedale
Elemento misurabile	L'ospedale ha stabilito dei criteri per dare la priorità ai pazienti con bisogni immediati. Il personale è addestrato sull'utilizzo di tali criteri. Ai pazienti viene assegnato un ordine di priorità in base al grado di urgenza dei rispettivi bisogni	I membri del personale da addestrare sulle tecniche di mantenimento della funzionalità cardiaca sono identificati. Viene erogato un appropriato livello di addestramento. L'addestramento viene proposto ogni anno. C'è documentazione a dimostrazione del fatto che un membro del personale ha passato l'addestramento	Sono predisposti ed a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?	I soggetti autorizzati a fare annotazioni nelle cartelle cliniche sono identificati dalla politica ospedaliera. Il formato e il contenuto delle annotazioni in cartella clinica sono definiti dalla politica ospedaliera	I dirigenti identificano le misure chiave per il monitoraggio delle aree cliniche e manageriali. Il monitoraggio comprende le misure relative a strutture, processi e risultati. L'ambito, il metodo e la frequenza di ogni misurazione sono identificati

Nel caso delle Aziende ospedaliere sono state identificate alcune dimensioni di analisi ritenute significative al fine di meglio comprendere l'andamento dei fenomeni allo studio: le dimensioni prescelte sono la tipologia di proprietà dell'ospedale (pubblico, privato profit, privato non profit, Irccs pubblico, Irccs privato); la complessità della struttura, alla luce della valorizzazione della produzione Drg, della numerosità dei casi e della distinzione tra attività per acuti e attività di riabilitazione (acuti < 2,00; acuti 2,00-3,00; acuti > 3,00; riabilitazione < 6,50; riabilitazione > 6,50); la dimensione dell'ospedale in termini di posti

letto (fino a 100; 101-200; 201-400; 401-800; oltre 800). Gli indicatori di qualità delle singole strutture ospedaliere sono stati confrontati sia con la media regionale sia con la media delle classi di appartenenza secondo le dimensioni descritte; inoltre, in considerazione della numerosità delle strutture valutate, sono state messe a disposizione anche le distribuzioni percentuali (per alcuni selezionati percentili) su base regionale per tutte le classi delle dimensioni analizzate.

La tabella 8 sintetizza, al termine del triennio di osservazione, il risultato della autovalutazione complessiva degli standard Aziendali in funzione

della tipologia di proprietà, della complessità e della dimensione della struttura ospedaliera; la tabella 9 dettaglia, con esemplificativo riferimento alla dimensione tipologia di proprietà, i risultati

della autovalutazione nelle 5 aree esaminate; mentre la tabella 10 presenta l'elenco degli standard che, a seguito della autovalutazione, sono stati considerati critici a livello regionale.

TABELLA 8 - Sintesi della autovalutazione degli standard per le strutture ospedaliere

Proprietà	Media	Complessità	Media	Dimensione	Media
IRCCS privati	0,95	Acuti < 2,00	0,92	Fino a 100	0,93
IRCCS pubblici	0,87	Acuti 2,00-300	0,91	101-200	0,91
Privati no profit	0,94	Acuti > 3,00	0,98	201-400	0,92
Privati profit	0,92	Riabilitaz. < 6,50	0,93	401-800	0,91
Pubblici	0,91	Riabilitaz. > 6,50	0,93	> 800	0,95
Totale	0,92	Totale	0,92	Totale	0,92

TABELLA 9 - Sintesi della autovalutazione degli standard per le strutture ospedaliere nelle cinque aree esaminate, con riferimento alla dimensione "tipologia della proprietà"

Proprietà	Totale	a) diritti dei pazienti	b) sviluppo risorse umane	c) gestione processi di interscambio	d) sistema informativo	e) processi miglioramento qualità
IRCCS privati	0,95	0,97	0,93	0,98	0,97	0,86
IRCCS pubblici	0,87	0,87	0,87	0,95	0,91	0,59
Privati no profit	0,94	0,96	0,93	0,96	0,93	0,90
Privati profit	0,92	0,93	0,89	0,97	0,93	0,82
Pubblici	0,91	0,93	0,90	0,92	0,94	0,83
Totale	0,92	0,93	0,90	0,94	0,94	0,83

TABELLA 10 - Elenco degli standard di Azienda Ospedaliera che, a seguito della autovalutazione, sono stati considerati critici a livello regionale

Sezione	Descrizione
a) diritti dei pazienti	Superamento barriere fisiche, linguistiche, culturali o altre barriere Tutela categorie protette Valutazioni iniziali del paziente
b) sviluppo risorse umane	Job description Processo di orientamento/inserimento personale Valutazione delle credenziali del personale medico
c) gestione processi di interscambio	Nessuna criticità
d) sistema informativo	Tracciabilità annotazioni in cartella clinica Lista acronimi e abbreviazioni cliniche Procedura delle procedure
e) processi miglioramento qualità	Programma miglioramento qualità e sicurezza del paziente Aree di miglioramento cliniche e manageriali Eventi che mettono a rischio i pazienti, i familiari ed il personale Gestione eventi sentinella Pianificazione e documentazione dei miglioramenti

TABELLA 11 - Confronto tra i risultati della autovalutazione ed i risultati delle visite in situ

Sezione	Senza variazione	Con variazione	Variazione in peggio	Variazione in meglio
a) diritti dei pazienti	81%	19%	10%	9%
b) sviluppo risorse umane	76%	24%	14%	10%
c) gestione processi di interscambio	84%	16%	11%	5%
d) sistema informativo	82%	18%	11%	6%
e) processi miglioramento qualità	72%	28%	17%	11%
Totale	80%	20%	12%	8%

74

Anche per la valutazione delle Aziende ospedaliere è interessante mettere a confronto i risultati emersi dal processo di autovalutazione con i risultati emersi dalle visite in situ degli esperti della Jci, come si osserva in tabella 11.

Ciò premesso, al termine del triennio di osservazione con riferimento al sottoprogetto 1 (valutazione delle performance qualitative) si possono formulare le seguenti conclusioni.

- Tutte le strutture sanitarie lombarde, sia sul versante della tutela del cittadino (Asl) sia sul versante della produzione (erogatori), si sono sottoposte ad un impegnativo percorso di valutazione delle proprie performance adottando il metodo degli standard che caratterizza l'approccio di Jci. In questo contesto è di particolare rilievo l'identificazione di standard riferibili all'area della committenza (Asl) perché l'esperienza di letteratura in proposito è decisamente minore rispetto all'area della produzione delle prestazioni (erogatori). Vale anche la pena di segnalare, per quanto riguarda le strutture ospedaliere esaminate, che il processo di valutazione ha interessato (indifferentemente ed esaustivamente) sia gli erogatori pubblici che quelli privati.
- Al termine del processo di valutazione può essere giudicata elevata la compliance delle strutture agli standard proposti, anche se tale compliance risulta differente nelle varie aree sottoposte ad esame. Tuttavia sono da segnalare un certo grado di eterogeneità territoriale, per quanto riguarda gli standard di Asl, ed una differenziazione tra alcune tipologie di erogatori, per quanto riguarda gli standard ospedaliere (meno rilevanti sembrano invece le differenze in funzione della complessità e della dimensione della struttura di erogazione). Tali differenze dovranno essere approfondite per individuarne le cause e proporre attività finalizzate al loro superamento.
- Il buon livello di adesione agli standard non deve però fare trascurare gli elementi di potenziale criticità fatti emergere dal processo di valutazione, soprattutto con riferimento ad alcuni specifici indicatori (si vedano le tabelle 5 e 10, ed in particolare temi quali la gestione del consenso informato, la continuità assistenziale interna ed esterna all'ospedale, la gestione delle risorse umane, la gestione della documentazione clinica ed il monitoraggio clinico e manageriale). Anche per le criticità dovrà essere approfondita l'analisi, sempre nell'ottica di individuare le azioni da mettere in atto per migliorare le già buone performance raggiunte.
- Un commento merita anche il percorso effettuato, composto di attività di autovalutazione e di visite *in situ* con valutazione da parte di personale esterno all'organizzazione: il buon accordo raggiunto complessivamente dai due approcci dimostra la serietà del lavoro effettuato e la complementarità delle due valutazioni, anche se la prevalenza di variazioni peggiorative (rispetto a quelle migliorative) e qualche area dove i disaccordi sembrano più accentuati (ad esempio, l'area del controllo, per

le Asl; l'area dei processi di miglioramento della qualità, per le Aziende erogatrici) sono il segnale che ancora molto è il lavoro da fare. Sembrano soprattutto in sofferenza i meccanismi organizzativi, che rappresentano il “tessuto connettivo” tra unità operative: a volte per mancanza di vere e proprie regole condivise, altre volte – pur in presenza di regole generali formalizzate – per ignoranza o indifferenza alle stesse.

SOTTOPROGETTO 2 VALUTAZIONE DI OUTCOME

Questa area progettuale ha inteso mettere l'accento sulle performance del Ssr, ed in particolare delle sue strutture erogatrici, con specifico riferimento alla efficacia complessiva dei servizi di diagnosi, trattamento e cura forniti in ambito ospedaliero. È da considerare che nel progetto si è voluta esaminare l'efficacia di tutti i trattamenti/servizi erogati dalla struttura di ricovero, e non alcuni selezionati processi di cura tipicamente presenti sulle riviste scientifiche (ad esempio: protesi di anca, intervento di by-pass aortocoronarico, ecc.): da questo punto di vista il percorso della Regione Lombardia è del tutto originale e non trova corrispondenza nella letteratura disponibile. Molti sono gli indicatori di efficacia valutabili (mortalità, dimissioni volontarie, ricoveri ripetuti, trasferimenti tra strutture, infezioni ospedaliere, specifici esiti avversi di alcune patologie, ecc.): nel triennio di applicazione del progetto si è scelto di esaminare solo il tema della mortalità, ed in particolare della mortalità che si verifica entro 30 giorni dall'episodio di ricovero. Com'è noto, tale mortalità è frutto di due componenti: i decessi che avvengono dentro l'ospedale (o meglio, durante l'episodio di ricovero) ed i decessi che avvengono al di fuori dell'ospedale (dopo il momento della dimissione) ma sempre entro la finestra temporale considerata (30 giorni). Per i primi l'informazione è direttamente ricavabile dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera (Sdo), mentre per i secondi è necessario procedere ad

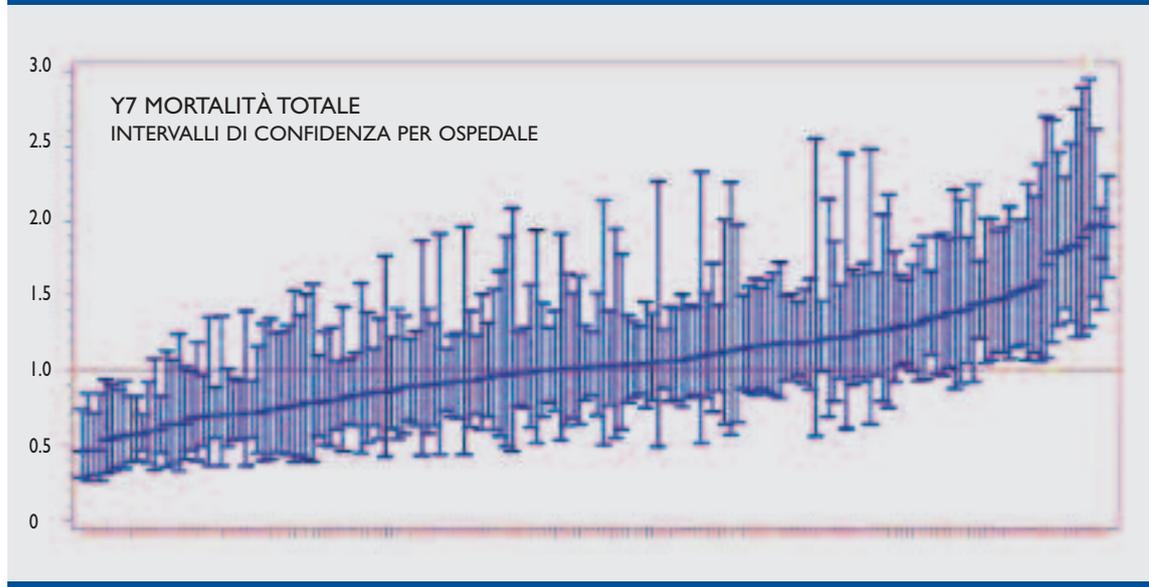
una complessa operazione di linkage con le informazioni demografiche presenti nell'anagrafe regionale dei cittadini assistiti.

L'analisi ha interessato tutti gli episodi di ricovero effettuati nella Regione, con l'esclusione dei record riferiti a pazienti con età inferiore a due anni, a pazienti con residenza al di fuori della Lombardia, ai ricoveri di riabilitazione, lungodegenza, e per cure palliative. Utilizzando una opportuna metodologia statistica (analisi multilevel) sono stati calcolati degli indicatori di rischio relativo di mortalità per ogni struttura ospedaliera (probabilità di decesso rispetto alla media regionale).

Nel modello statistico adottato sono state valutate diverse variabili indipendenti: alcune riferite al paziente (sesso, età, durata della degenza, peso del Drg, presenza di comorbilità, ecc.), altre che descrivono determinate caratteristiche dell'ospedale (numero di sale operatorie, ore di apertura e volume di attività, dimensione della struttura, case-mix chirurgico e medico, indici di utilizzo dei posti letto, ecc.). Ciò ha lo scopo di permettere una valutazione dell'indicatore di efficacia (mortalità) avendo pareggiato per quanto possibile le condizioni più importanti che possono essere all'origine delle differenze di efficacia tra le strutture messe a confronto. In questo modo il risultato di efficacia si presenta al netto delle variabili esplicative inserite nel modello.

La costruzione del modello, dal punto di vista della scelta delle variabili che devono essere prese in esame nella valutazione finale, si presenta piuttosto complessa e pone specifici problemi metodologici, sia per quanto riguarda il versante strettamente statistico che per quanto riguarda gli aspetti più esecutivi ed informatici (in virtù, ad esempio, dell'elevatissimo numero di record elaborati), che non vengono esaminati in questo contributo (si veda, ad esempio, il lavoro: Merlino L, Berta P. *La valutazione degli outcome negli ospedali lombardi*; Nonprofit 2007, 749-762). Allo stesso modo si sorvola sulle criticità da affrontare nella costruzione delle basi dati necessarie per la im-

FIGURA 1 - Risultati della valutazione di outcome per la mortalità a 30 giorni: OR e limiti di confidenza al 95% per singola struttura.



plementazione del modello, ed in particolare sulla delicatezza delle procedure di linkage.

I risultati dell'analisi sono stati presentati sotto forma di Odds Ratio (OR) per ogni struttura ospedaliera, con i relativi limiti di confidenza al 95%, e sono sintetizzati nella figura 1.

Numericamente parlando si può indicare, esemplificativamente, che otto strutture hanno presentato un OR superiore a 2 (valore massimo: 4,4); 22 strutture hanno evidenziato un OR superiore ad 1 e statisticamente significativo (di essi l'OR minimo è 1,54); 16 strutture hanno un OR inferiore ad 1 e statisticamente significativo (di essi l'OR massimo è 0,6); il valore più piccolo di OR è risultato 0,26.

La graduatoria complessiva delle 164 strutture pubbliche e private esaminate risulta abbastanza simmetrica, con un valore mediano di OR di 1,021 e pertanto con una numerosità di strutture potenzialmente inefficaci (OR maggiore di 1) lievemente superiore a quelle inefficaci. Inoltre il primo quartile indica un OR di 0,744 ed il terzo quartile è in corrispondenza di un OR di 1,347.

Ad approfondimento della analisi complessiva condotta (e di cui si sono descritti sinteticamen-

te i risultati) sono state effettuate due ulteriori valutazioni per lo stesso outcome (mortalità) con lo scopo di fornire elementi utili alla interpretazione dei risultati del modello generale: analisi dell'efficacia di ogni ospedale per singolo Drg; analisi dell'efficacia di ogni Drg per singolo ospedale. Le idee di base che hanno accompagnato queste due analisi sono state quelle di evidenziare da una parte quali sono le aree di attività (in termini di singoli Drg) che per una struttura possono meritare attenzione (in positivo – *best practices*, o in negativo – *worst practices*) rispetto alle performance delle altre strutture della Regione (a parità di Drg), e dall'altra quali sono le potenziali criticità/positività (sempre in termini di Drg) all'interno della propria struttura di ricovero. Tali analisi si sono rivelate molto utili per caratterizzare i risultati globali della valutazione perché hanno aiutato ad identificare i problemi locali all'origine della performance misurata.

SOTTOPROGETTO 3 VALUTAZIONE ECONOMICA E DELLA PRODUTTIVITÀ

Questa area progettuale ha inteso mettere l'accento sulla valutazione economica del Ssr, ed in

particolare delle sue strutture erogatrici, con specifico riferimento da una parte allo sviluppo di indicatori di performance economica (a partire dai dati economici e gestionali disponibili nei database regionali) e dall'altra alla correlazione della produzione con le risorse assorbite.

In proposito, al fine dell'individuazione degli indicatori di valutazione economica sono stati sviluppati, specificamente per le tipologie di Aziende più oltre indicate, i seguenti percorsi di analisi:

- analisi degli indici economici di bilancio (strutture ospedaliere private e pubbliche, Aziende sanitarie locali): analisi tradizionale che prevede la riclassificazione del conto economico delle strutture e la definizione di indicatori rappresentati dal rapporto tra voci di conto economico; in particolare sono stati elaborati indici economici di performance dei risultati, indici di produttività dei ricavi di bilancio, indici della struttura dei costi;
- analisi dei costi attesi standard (solo Aziende ospedaliere pubbliche): analisi che consiste nell'individuare, in relazione all'attività di produzione ed a dati di dimensione della struttura, il posizionamento di ogni Azienda ospedaliera in base alla situazione d'equilibrio o a medie/standard regionali; in particolare si è messo l'accento, come costo atteso, sui costi che si potrebbero ottenere riducendo le distanze in termini di efficienza tra le varie strutture;
- analisi del costo di produzione - costo per mille euro di produzione Drg (strutture ospedaliere pubbliche e private): definizione, in relazione all'attività di ricovero, di un indicatore che individua il costo di produzione rapportato a mille euro di valorizzazione dei ricoveri;
- analisi del costo per livello di assistenza (Aziende sanitarie locali): definizione di un indicatore che individua il costo per livello di assistenza, suddiviso per i principali fattori produttivi; in particolare si è data rilevanza al concetto di costo pro-capite per popolazione pesata.

Gli obiettivi che la valutazione della performance economica e della produttività si è posta possono essere ricondotti, in ultima analisi, ai seguenti: misurare l'impiego di risorse; misurare la performance per i livelli di governo; valutare dati di benchmarking. La valutazione è avvenuta attraverso indicatori e modelli economici che trovano riscontro anche in esperienze regionali precedenti, e le analisi sono state applicate in base alla tipologia della struttura (strutture di ricovero e territoriali) ed al modello di misurazione (economicità e produttività). Dal punto di vista metodologico la valutazione ha utilizzato principalmente una riclassificazione dei dati di bilancio (e delle informazioni contenute nei documenti ad essi collegati), con il supporto (laddove è stato necessario) di dati del sistema regionale di contabilità analitica e di dati di attività, dimensione e struttura.

Per quanto riguarda la fase del reperimento dei dati necessari alla elaborazione dei modelli e degli indicatori, dopo avere effettuato un censimento di tutti i dati e le informazioni disponibili nonché avere evidenziato le eventuali necessità di omogeneizzazione al fine della costruzione del database dei modelli di analisi, sono state selezionate le seguenti fonti informative: prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale; dati di struttura (es. posti letto e altre informazioni dimensionali); bilancio di esercizio (stato patrimoniale, conto economico, nota integrativa, relazione sulla Gestione); altra documentazione in allegato al bilancio d'esercizio; dati della contabilità analitica; altri dati e informazioni integrative delle attività ospedaliere e territoriali; modello LA per la riclassificazione dei costi in base ai Livelli di Assistenza; dati e informazioni dei consumi sanitari delle Asl (esempio: consumi di farmaceutica, protesica, psichiatria e neuropsichiatria infantile; dati e informazioni sui medici e pediatri di famiglia; dati e informazioni sulla prevenzione medica e veterinaria; informazione sulla forza lavoro, ovvero personale dipendente e consulenti. Nei casi in cui si è reso necessario, è stata con-

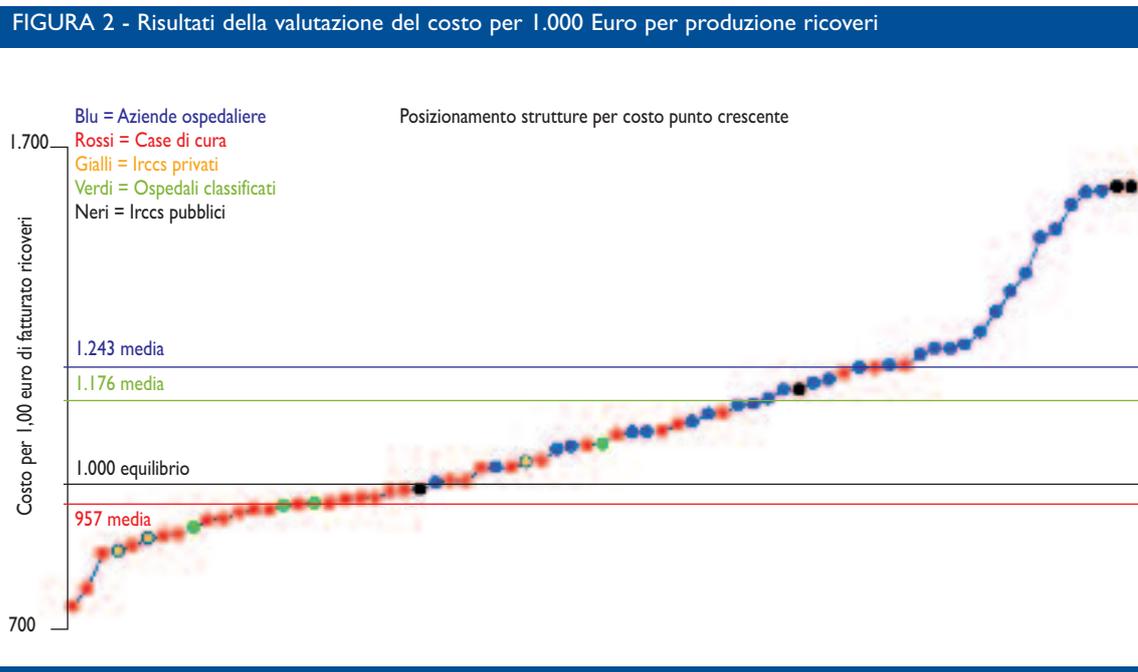


TABELLA 12. Distribuzione percentuale dei costi riferiti ai tre Livelli Essenziali di Assistenza nelle ASL della Regione Lombardia.

ASL	Collettiva	Distrettuale	Ospedaliera
Bergamo	3,2%	54,6%	41,0%
Brescia	3,5%	51,9%	42,3%
Como	3,4%	55,3%	39,8%
Cremona	3,1%	55,4%	38,5%
Lecco	4,2%	53,5%	41,2%
Lodi	3,8%	52,7%	40,5%
Mantova	4,7%	50,7%	40,8%
Milano Città	3,7%	56,0%	39,6%
Milano 1 (Legnano)	3,7%	53,6%	41,8%
Milano 2 (Melegnano)	3,6%	53,9%	41,6%
Milano 3 (Monza)	3,3%	53,2%	42,9%
Pavia	3,2%	53,9%	41,4%
Sondrio	4,2%	55,2%	37,7%
Varese	3,4%	54,6%	40,9%
ValleCamonica	2,3%	50,9%	45,1%
Lombardia	3,5%	54,0%	41,0%

dotta una verifica sul campo delle informazioni, tramite l'analisi dei primi dati raccolti e delle incongruenze, al fine di migliorare ed omogeneizzare la qualità dei dati a disposizione.

La fase successiva ha riguardato la riclassificazione dei dati rilevati allo scopo di allocare i valori economici e gli altri dati raccolti in raggruppamenti diversi dagli schemi o modelli di naturale appartenenza. Le principali riclassificazioni hanno riguardato il Conto Economico, al fine di in-

terpretare l'equilibrio economico d'Azienda come produzione e distribuzione del valore aggiunto delle Aziende in relazione ai fattori produttivi classificati per natura, e la Contabilità Analitica al fine di permettere una migliore lettura e interpretazione dei fenomeni economici.

Riassumere sinteticamente i risultati emergenti per tutte e quattro le tipologie di analisi condotte richiederebbe uno spazio che va largamente oltre gli obiettivi del presente contributo: a titol-

lo di esempio può essere utile presentare graficamente i risultati dell'analisi del costo per mille euro di produzione ricoveri per singolo erogatore (figura 2) e dell'analisi del costo dei Livelli di Assistenza per le singole Asl (tabella 12).

SOTTOPROGETTO 4 VALUTAZIONE DEL MANAGEMENT DELLE AZIENDE PUBBLICHE

Il sottoprogetto valutazione del management pubblico ha inteso sviluppare un sostanziale supporto alla Giunta Regionale attraverso una metodologia pensata per favorire la traduzione degli obiettivi fissati dalla Giunta in indicatori. In questo contesto, ed in aggiunta alle attività di valutazione del management già in corso da lungo tempo in Regione Lombardia, sono stati proposti indicatori ad hoc per valutare alcune aree particolarmente vicine al tema della qualità: la leadership Aziendale, i processi d'innovazione e cambiamento organizzativo sviluppati, ed i processi d'investimento sulle competenze. In realtà il lavoro svolto è stato prevalentemente quello di fornire un metodo per la verifica quadrimestrale del grado di raggiungimento degli obiettivi dei DdGg fissati con Delibera e decreto, oltre a quello di aver proposto alcuni indicatori.

Tutto ciò ha portato ad un complesso ed articolato sistema di definizione degli obiettivi del management pubblico e di indicatori per la valutazione di tali obiettivi che ha trovato applicazione in tutti questi anni in Regione Lombardia, e di cui l'esemplificazione più recente sono le Dgr (Delibera di Giunta Regionale) n. 6576 e n. 6577 del 13.2.2008 e i Ddg (Decreto del Direttore Generale della Direzione Generale Sanità) n. 1455 e n. 1456 del 19.2.2008, atti con i quali vengono definiti per l'anno 2008 gli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Sanitarie Locali e gli indicatori con cui misurare il raggiungimento di tali obiettivi. Come noto, al raggiungimento di tali obiettivi è anche associata la distribuzione di risorse economiche.

Per la condivisione dell'intero programma triennale è stato costituito un Comitato tecnico scientifico (Cts) composto da rappresentanti delle società scientifiche, delle professioni sanitarie, delle università che ha avuto modo di conoscere l'avvio e gli stati di avanzamento del progetto esprimendo pareri tecnici.

PROSPETTIVE

Il lavoro svolto nel triennio 2004-2006 è stato giudicato in maniera molto positiva non solo dalla Giunta Regionale ma anche dagli operatori che a vario titolo e con differente responsabilità hanno partecipato ad una o più delle fasi di valutazione messe in atto. Tale positivo apprezzamento delle attività condotte ha portato alla proposta di estendere il progetto ad un altro triennio (2008-2010), e nel 2007 sono state esperite (e concluse) le procedure di gara per assegnare le attività e le risorse stabilite.

Il nuovo triennio sostanzialmente proseguirà il percorso del triennio precedente con specifico riferimento a tre programmi: la "Valutazione delle performance qualitative", la "Valutazione di outcome", e la "Valutazione economica e della produttività"; seguendo un approccio simile a quanto già fatto per ciò che riguarda gli aspetti di metodo (consolidamento del programma 2004-2006) ma con ovvie innovazioni che derivano non solo dalla necessità di tenere conto della esperienza maturata ma soprattutto dalla esigenza di estendere il percorso di valutazione ad aree che nel triennio precedente non erano state esaminate, in particolare con riferimento alle Aziende Sanitarie Locali.

In dettaglio:

- la valutazione economica ripeterà sostanzialmente le quattro fasi di analisi del modello già adottato;
- la valutazione di outcome riproporrà innanzitutto una analisi aggiornata dei dati di mortalità e successivamente estenderà la valutazione di esito al tema dei ricoveri ripetuti e dei rientri in sala operatoria entro 72

ore dall'intervento;

- la valutazione delle performance qualitative, sempre attraverso lo stile che caratterizza gli standard della Jci, promuoverà e diffonderà progetti di qualità per il coordinamento assistenziale e per la continuità delle cure tra i vari erogatori e progetti per la sicurezza del paziente (con particolare riferimento al pronto soccorso ed alle sale operatorie). Verrà significativamente ampliato il numero degli standard qualitativi per gli ospedali, passando dai quasi 60

del primo triennio ai circa 90 del secondo;

- il progetto prevede un significativo investimento nella formazione degli operatori delle Asl al fine di trasferire ad essi il know how di verifica sugli standard della Jci per gli ospedali onde consentire l'effettiva integrazione nel sistema della metodologia fin qui sviluppata.

N.B. Al momento in cui scriviamo tutte le attività previste dal nuovo progetto sono già iniziate.

LA VALUTAZIONE NEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE IN PIEMONTE

Giuseppe Costa * e Mirko Pia **

*Agenzia Regionale Servizi Sanitari e Servizio Sovra-zonale di Epidemiologia di Grugliasco

**Assessorato Regionale Tutela Salute

Il Servizio Sanitario Regionale (Ssr) in Piemonte ha percorso negli ultimi anni due strade per la valutazione delle Aziende sanitarie, una più orientata alla “performance” Aziendale, promossa dalla Direzione Regionale del Controllo delle Attività Sanitarie, e una più mirata ai bisogni e ai risultati di salute delle Aziende sanitarie, sviluppata dall'Osservatorio Epidemiologico. Questo contributo descrive gli elementi costitutivi di questi due approcci, richiama l'infrastruttura informativa che li sostiene, e si conclude con una revisione di questa esperienza piemontese alla luce della griglia di definizione della valutazione proposta dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali in questo stesso numero monografico (d'ora in poi denominata griglia Agenzia).

IL SISTEMA REGIONALE DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ SANITARIE

Il sistema è stato introdotto nel 2004 sulla base di una prima esperienza di sistema regionale di indicatori per il controllo delle attività sanitarie, sviluppato alla fine degli anni Novanta. Il precedente sistema aveva costruito un analitico magazzino di indicatori, dotato di una buona documentazione in termini di “metadati”, e adeguatamente popolato con un apposito flusso informativo tra le

Aziende e l'ente strumentale regionale per i sistemi informativi (Csi). Tuttavia il sistema si è rivelato troppo complesso e ridondante per il numero eccessivo di indicatori utilizzati; la sua valorizzazione per scopi di valutazione, controllo e programmazione è risultata difficile ed episodica e, pertanto, anche i processi di rilevazione dei dati sono stati poco presidiati per completezza e qualità, fatto che ha reso ancora meno incentivante il loro uso. Per questa ragione la revisione più recente che ha portato all'attuale sistema di valutazione delle attività sanitarie si è preoccupata di filtrare questo ricco magazzino di indicatori attraverso una griglia di criteri di senso, finalizzata a valutare la capacità delle Aziende di realizzare i seguenti propositi: prossimità ai bisogni, equità di offerta, efficienza di gestione, appropriatezza di prodotto, elasticità alle politiche (Regione Piemonte, 2008). In questo modo il sistema di indicatori è dimagrito, ed è ora maggiormente orientato alla valutazione, più letto, e, quindi, di qualità più controllata. Nel box 1 che segue viene descritto in maggiore dettaglio il disegno del sistema, la sintassi degli indicatori e le regole di funzionamento. Alla luce della definizione di valutazione introdotta dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, il sistema piemontese presentato in questa pubblica-

zione sembra in grado di:

- definire chiaramente le entità/la nomenclatura/la registrazione dei fenomeni da valutare (testimoniate dalla documentazione riportata nei “metadati”);
- denotare e connotare questi fenomeni con periodiche elaborazioni descrittive;
- consentire anche iniziative di monitoraggio in riferimento a valori attesi rappresentati quasi sempre da valori empirici (valori mediani della distribuzione osservata), più raramente da standard normati, quasi mai da “target” programmati;
- prevedere poche incursioni nel campo della va-

lutazione (cioè dell’attribuzione di valore) e quindi della decisione, se non in alcuni casi in cui il Ssr decida esplicitamente di condizionare una scelta ad un giudizio di valore, che possa essere validamente stimato da un indicatore incluso in questo sistema di valutazione.

IL SISTEMA DI OSSERVAZIONE EPIDEMIOLOGICA

L’Osservatorio Epidemiologico piemontese, organizzato attraverso una rete regionale di servizi di epidemiologia, ha sviluppato un approccio differente e complementare alle esigenze di valutazio-

BOX I - IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA DIREZIONE REGIONALE CONTROLLO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE DELLA REGIONE PIEMONTE (REGIONE PIEMONTE 2008)

L’esigenza di attivare un sistema generale di valutazione delle attività delle Aziende Sanitarie Regionali basato su indicatori specifici per aree di attività, trova il proprio fondamento sia in previsioni normative nazionali che regionali. L’Amministrazione Regionale ha sviluppato già da tempo un sistema regionale di controllo, dotato di caratteristiche tali da rispondere a diverse esigenze:

- flessibilità ed adattabilità all’evoluzione del sistema sanitario in modo da rappresentare uno strumento applicabile, di volta in volta, alle diverse esigenze di rilevazione che si presentano in itinere;
- applicabilità del sistema all’insieme delle attività Aziendali;
- conciliabilità con gli strumenti di informazione previsti dalle normative vigenti;
- condivisione e validazione da parte del sistema controllato e coerenza con le metodiche già sviluppate per altri interventi fondamentali;
- applicabilità al sistema sanitario accreditato.

Le attività già svolte nel corso degli anni hanno ulteriormente sensibilizzato l’Amministrazione Regionale ad implementare l’attuale Sistema di Indicatori, adottato con provvedimento di Giunta n. 59-28477 del 25.10.1999, affinché lo stesso permetta, in modo appropriato e tecnicamente gestibile, di sviluppare delle analisi in relazione agli obiettivi che, vista la variabilità del sistema, vengono via via definiti.

È stata sviluppata, pertanto, una metodologia basata su un sistema di indicatori che permetta di correlare l’impegno di risorse alla complessità dei problemi sanitari affrontati, consentendo di definire, verificare e correggere le caratteristiche di funzionamento delle attività sanitarie per raggiungere gli obiettivi definiti per le singole realtà. La metodologia che di seguito sarà rappresentata è stata

sviluppata tenendo presente:

- le prestazioni e servizi erogati (quantità, qualità e appropriatezza delle prestazioni, grado di efficienza produttiva, tassi di utilizzo, procedure di intervento, ecc.);
- l’organizzazione interna, attinente cioè alle modalità con cui il sistema si organizza per soddisfare le attese sociali e realizzare i propri obiettivi generali (dotazioni di risorse fisiche e finanziarie e loro combinazione, grado di efficienza gestionale, livello di integrazione tra servizi, grado di accessibilità al sistema, ecc.);
- la disponibilità dei dati nei correnti flussi informativi regionali che permettono la misurazione dell’“output”.

Si è inteso quindi costruire un sistema di indicatori che “accendesse” dei segnali di attenzione, da cui partire per ulteriori approfondimenti ed analisi che ne consentano una completa interpretazione e valutazione: infatti non è detto che un risultato in prima istanza negativo sia tale, in quanto lo stesso deve essere letto nel contesto globale del sistema e devono essere analizzate le peculiarità della dimensione in esame.

Il processo attraverso il quale si sono costruiti gli indicatori per l’analisi di un fenomeno ha previsto la scomposizione del fenomeno stesso nei suoi aspetti costitutivi e la definizione delle ipotesi di relazione tra i vari aspetti costitutivi e il fenomeno nel complesso, ossia la costruzione del cosiddetto “modello concettuale di riferimento”; ma dato che non sempre esisteva un unico criterio con il quale suddividere un fenomeno nei suoi aspetti costitutivi la scelta degli indicatori è stata un ulteriore elemento critico, che ha portato anche all’identificazione di più indicatori per analizzare uno stesso fenomeno.

Spesso la scelta è stata condizionata dalla disponibilità dei dati di base, per cui sono stati individuati solo gli aspetti per i quali era possibile disporre di dati statistici, limitandosi a

misurare ciò che si può anziché ciò che si dovrebbe.

Sulla base di tali premesse il sistema ha quindi costruito gli indicatori in modo che rispondessero ai seguenti requisiti:

- una facile ed immediata lettura dei dati;
- l'aggregazione e la stratificazione per strutture;
- l'analisi del servizio sanitario regionale attraverso indicatori di livello aggregato per il controllo di primo livello;
- il cambiamento in funzione del variare degli obiettivi;
- l'approfondimento dei valori che non raggiungono l'obiettivo;
- la delega alla periferia per la spiegazione di eventuali disefficienze e commenti di dettaglio.

Il Sistema ha fatto proprio lo schema generale di riferimento sviluppato durante il Seminario "Indicatori per il Monitoraggio e la Valutazione dell'Attività Sanitaria" per conto della Commissione per la Garanzia dell'Informazione statistica della Presidenza del Consiglio dei Ministri (del Settembre 2002).

Sono stati individuati quali "Settori" di analisi tre livelli: quello Aziendale indiviso (si intende la rilevazione dei dati di attività misurabili a livello di totale dell'Azienda), quello dell'ospedale e quello del territorio; ogni settore è stato ulteriormente scomposto in aree (per es. assistenza sanitaria di base, assistenza farmaceutica, assistenza specialistica ambulatoriale ecc.).

Per ogni Settore sono state definite le dimensioni (problemi di salute e risultati non sanitari, prestazioni e servizi erogati, organizzazione interna) e ad ognuna di queste sono stati associati gli obiettivi dell'analisi e della valutazione e i relativi indicatori:

- capacità di risposta: comfort e umanizzazione, tempi di attesa, modalità prenotazioni, disponibilità di risorse per

cittadini;

- equità finanziaria: costi lordi per popolazione residente (consumo risorse); in seguito riferita al livello di servizio;
- efficienza gestionale e produttiva: Indici di attività su servizi, attività su risorse;
- adeguatezza/appropriatezza: mezzi a disposizione (personale, ambulatori, tecnologie, posti letto.), vetustà dei mezzi, articolazione organizzativa, tassi eventi indesiderati, procedure a rischio, procedure di provata efficacia, buona pratica clinica, prestazioni su popolazione;
- accessibilità: distribuzione dei servizi;
- capacità di cambiamento e di integrazione: investimenti (tecnologici o di processo), livelli di integrazione, variazione dei valori nel tempo.

Le caratteristiche del singolo indicatore sono contenute in una scheda descrittiva ("metadati") in cui la descrizione è la definizione dei parametri e delle variabili di calcolo nonché gli specifici riferimenti alle fonti dei dati; sono inoltre riportate eventuali esclusioni e/o riferimenti della specifica scheda. Il significato riporta l'indicazione dell'obiettivo della misurazione e la formula definisce il metodo di calcolo dell'Indicatore in funzione di quanto inserito nella descrizione. Infine in appendice alla scheda sono riportate le specifiche caratteristiche dell'indicatore relative a svariati aspetti quali la presenza di eventuali stratificazioni, l'obiettivo di riferimento, il valore atteso rispetto all'obiettivo e quant'altro. Per fare sì che tutti i risultati raggiunti siano riferibili ad una scala di misurazione comparabile, tutti i valori dei singoli indicatori, malgrado la loro diversa natura, sono stati rapportati con il valore atteso. La maggior parte degli indicatori ha quale obiettivo di riferimento il valore mediano dei risultati delle AaSSRr regionali, fanno eccezione alcuni indicatori che sono caratterizzati da uno standard.

ne del sistema. Differente in quanto aperto e poco direttivo nei confronti degli obiettivi di valutazione del sistema. Complementare perché prevalentemente orientato ai bisogni e ai risultati di salute. Infatti negli ultimi dieci anni l'Osservatorio ha costruito un ricco sistema di indicatori di bisogno e di risultato di salute, basato non tanto su un disegno esplicito di valutazione del sistema, quanto sul proposito di mettere a disposizione del decisore un patrimonio flessibile di indicatori, validi e di facile accesso, da cui scegliere di volta in volta quelli utili a costruire la valutazione necessaria sul momento.

Questo approccio richiede al sistema di valutazione tre requisiti, che sono di competenza di tre differenti ruoli che devono interagire insieme:

- un *requisito di pertinenza* alla decisione, definito come scelta del valore da attribuire per orien-

tare una decisione: questo requisito deve essere presidiato dal decisore, l'unico che può condizionare in senso davvero valutativo il sistema;

- un *requisito di validità*, cioè di capacità dell'indicatore di stimare validamente il fenomeno a cui il decisore intende conferire il ruolo di criterio di valutazione; questo requisito è presidiato dalle competenze delle discipline che fanno analisi delle politiche (epidemiologia, economia, statistica, sociologia ecc.);
- un *requisito di efficienza*, cioè di capacità del sistema di elaborare l'indicatore in tempi congrui con la necessità conoscitiva del decisore; questo requisito è presidiato dallo strumento di accesso e diffusione del dato, che deve essere in grado di rispondere con facilità alla maggior parte dei bisogni conoscitivi correnti.

In questo senso l'Osservatorio ha sviluppato col-

lane di atlanti (per Asl, Distretti, Comuni) per diffondere i dati sui principali indicatori di mortalità, morbosità, stili di vita, sicurezza, uso dei servizi ecc., e sta trasferendo questa esperienza (indicatori, covariate, processi di lettura) dentro il disegno di un Data Warehouse per l'accesso guidato a questo patrimonio informativo da parte del decisore (Dalmaso 2007). Un esempio di valorizzazione di questo sistema di indicatori per un percorso di va-

lutazione utile a processi decisionali è stata l'elaborazione della relazione di accompagnamento all'ultimo Piano Socio Sanitario Regionale, che è stata realizzata cercando nel patrimonio degli indicatori proprio quelli che meglio rappresentavano il livello di equità e sobrietà nel funzionamento della salute e della sanità nella Regione, cioè proprio i valori con i quali il Piano aveva scelto di misurare le proprie decisioni (cfr. Box 2).

BOX 2 - MISURE E PROBLEMI PER LA SALUTE E LA SANITÀ

Relazione Sanitaria di accompagnamento al Pssr 2007-2009 della Regione Piemonte (Regione Piemonte 2006)

La Relazione Sanitaria (Rs) è il documento di analisi dei bisogni e di valutazione dei risultati di salute su cui si dovrebbe fondare la programmazione socio-sanitaria regionale, attraverso la quale l'amministrazione si propone di orientare le politiche della Regione, quelle sanitarie e quelle non sanitarie, verso i migliori risultati di salute, di qualità della vita e di sviluppo che sono compatibili con le risorse e i vincoli del contesto e con le preferenze della popolazione. Per raggiungere questo scopo la programmazione dovrebbe essere il risultato di un processo complesso di analisi dei bisogni, scelta delle priorità, definizione di obiettivi, ed elaborazione di politiche e interventi, fondato sui dati e condiviso con i soggetti istituzionali, professionali e sociali interessati. La relazione sanitaria costituisce appunto la fase istruttoria di analisi dei bisogni, mirata ad analizzare il contesto demografico, sociale ed economico, lo stato di salute, l'utilizzo dell'assistenza sanitaria e lo stato dell'offerta di assistenza in Piemonte, onde identificare i principali problemi di salute e di assistenza che gravano sulla popolazione piemontese e le opportunità e risorse su cui essa può contare per migliorare la propria salute. Naturalmente la programmazione sanitaria si basa anche sullo stato di altri aspetti fondamentali del servizio sanitario regionale, come i costi, l'organizzazione, l'adeguatezza delle strutture, per l'analisi dei quali occorre riferirsi ad altre fonti conoscitive della regione. Per la relazione sanitaria la rete dei servizi regionali di epidemiologia ha elaborato in questi ultimi mesi numerosi rapporti (cfr. Tabella 1) che analizzano la distribuzione degli indicatori di salute (dai determinanti di salute, alla salute soggettiva, alle capacità funzionali, alle cause di malattia e di morte) e la distribuzione degli indicatori di congruenza del servizio sanitario regionale (dall'offerta di assistenza sanitaria al suo utilizzo e ai suoi esiti) per le principali categorie di problemi di salute. Grazie a questo patrimonio epidemiologico di partenza la relazione ha potuto identificare molte situazioni critiche meritevoli di attenzione per le azioni della programmazione regionale, e su di esse concentrare l'attenzione. Com'è ovvio, l'attuale offerta di servizi sanitari è già correlata alla domanda di cura espressa dagli utenti, che a sua volta è in buona

parte proporzionale alla frequenza dei problemi di salute nella popolazione. Pertanto non è di interesse della relazione ripetere la descrizione della frequenza dei problemi di salute; piuttosto per gli scopi della programmazione serve riconoscere se nel quadro epidemiologico si evidenzino variazioni e dinamiche dei fenomeni di salute, che stiano a segnalare possibili priorità per il sistema sanitario e sociale piemontese.

Il principale criterio che è stato utilizzato per identificare queste criticità nell'analisi dei bisogni è appunto lo scostamento della situazione osservata rispetto all'atteso. Quando possibile, l'atteso è stato definito come il beneficio di salute raggiungibile con l'introduzione di nuovi livelli di assistenza o di prevenzione di provata efficacia, o come il miglior livello di beneficio osservato nella distribuzione geografica e sociale all'interno della regione. Questa definizione presuppone da un lato che ogni problema identificato per questa via, cioè ogni scostamento tra livello di salute e di qualità dell'assistenza osservato rispetto all'atteso, sia suscettibile di soluzione attraverso una politica o un intervento di competenza della programmazione regionale; dall'altro che all'applicazione di questa soluzione corrisponda un risultato che potrebbe venire formulato come target e, come tale, essere utilizzato per monitorare il piano stesso. In alcuni casi questi "target" potrebbero già essere quantificabili sulla base delle informazioni disponibili; in altri casi la quantificazione potrebbe richiedere un supplemento di evidenze epidemiologiche sul piano regionale e di evidenze di letteratura sull'importanza relativa dei determinanti e sull'efficacia degli interventi; in altri casi ancora la definizione quantitativa dell'obiettivo potrebbe dover attendere gli esiti della valutazione di interventi o programmi pilota. Questo esercizio ha quindi messo capo ad una lista di alcune decine di problemi e ad altrettante implicazioni per le politiche che, per ragioni di efficacia espositiva, sono stati raccolti in due gruppi: i problemi che sfidano le politiche regionali per la prevenzione; i problemi che sfidano la gestione dell'assistenza sanitaria, l'organizzazione del servizio sanitario regionale e il suo inquadramento nel sistema istituzionale ed economico piemontese.

TABELLA I - Rapporti epidemiologici che corredano la relazione sanitaria 2005

Titolo	Anno di pubblicazione	A cura di	Disponibile su internet
Banca Dati Demografica Evolutiva - BDDE	aggiornamento continuo	Regione Piemonte – Settore statistico regionale	http://www.regione.piemonte.it/stat/bdde/index.htm
Atlante della struttura produttiva in Piemonte: immagini per comparto e territorio	2004	Servizio regionale di Epidemiologia, ASL 5	
Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – la situazione in Piemonte	CD In corso di pubblicazione	Servizio regionale di Epidemiologia, ASL 5	http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/ditte/index.htm
Utenza dei Servizi per le dipendenze – bollettino 2005	2005	Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze	www.regione.piemonte.it/sanita/ep/pubbl.htm
Relazione sanitaria sull'oncologia in Piemonte: aspetti epidemiologici 2004	2005	CPO - Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte	http://www.oed.piemonte.it/publicazioni.htm http://www.cpo.it/DocumentiPubblicazioni.htm
Bollettino notifiche malattie infettive – anno 2004	2005	Servizio regionale di Epidemiologia, ASL 20	http://www.asl20.piemonte.it/sepi/prodssepi.htm
Gli infortuni sul lavoro in Piemonte negli anni 1990-2000	2003	Servizio regionale di Epidemiologia, ASL 5	http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/infortun/index.htm
La Salute Mentale in Piemonte	In corso di pubblicazione	Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, ASL 4 e Servizio Regionale di Epidemiologia, ASL 5	
Atlante della Sanità in Piemonte	In corso di pubblicazione	Servizio regionale di Epidemiologia, ASL 5	
Studio QUADRI: Qualità dell'assistenza alle persone diabetiche nelle regioni italiane – I risultati del Piemonte	2005	Istituto Superiore di Sanità e Servizio Regionale di Epidemiologia, ASL 5	http://www.dors.it/alleg/0003/studioquadri.pdf http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/studioquadri/index.htm
La mortalità in Piemonte negli anni 1998-2000	2004	Servizio Regionale di Epidemiologia, ASL 5	http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/mort9800/index.htm
I ricoveri ospedalieri in Piemonte nel 2003	In corso di pubblicazione CD	Servizio Regionale di Epidemiologia, ASL 5	www.regione.piemonte.it/sanita/ep/pubbl.htm
I ricoveri ospedalieri in Piemonte 2001-2003	In corso di pubblicazione	Servizio Regionale di Epidemiologia, ASL 5	
Atlante della Mortalità nella Provincia di Torino – anno 2005	2005	Provincia di Torino e Servizio Regionale di Epidemiologia, ASL 5	http://www.provincia.torino.it/salute/studi/atlantera_mortalita/index.htm
La Salute a Torino	In corso di pubblicazione	Comune di Torino e Servizio Regionale di Epidemiologia, ASL 5	
Health for All – Italia	2004	ISTAT	http://www.istat.it/sanita/Health/
Fatti e cifre sul fumo di tabacco – Piemonte 2005	2005	Commissione del Piano Regionale Anti-tabacco	http://www.oed.piemonte.it/public/bollettino_fumo.pdf

Nell'ottica proposta dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, si potrebbe classificare questo modello di valutazione come un modello multiscopo, cioè non costitutivamente orientato ad un solo criterio di valutazione imposto dal decisore, ma aperto ad una pluralità di possibili usi valutativi e, intanto, capace di definire, classificare, registrare, descrivere e monitorare (secondo un atteso empirico) i principali fenomeni di salute ad uso del fabbisogno valutativo del lettore, in qualche caso anche decisore.

Su questa base l'osservatorio epidemiologico ha poi sviluppato anche sistemi di valutazione delle attività sanitarie molto più direttivi. Si tratta dei casi in cui un percorso nosologico (assistenziale o preventivo) è stato oggetto di una riprogrammazione secondo criteri "evidence based": cioè ne è stato rideterminato il fabbisogno di salute, sono state revisionate le azioni più efficaci e percorribili, ne sono stati definiti gli standard di processo e, così, sono stati progettati sistemi di valutazione di risultato e di processo, a cui è stata condizionata la valutazione delle attività sanitarie delle Aziende. Il programma degli screening oncologici (ad esempio Gisci 1999) descrive bene questa situazione, dove l'Osservatorio Epidemiologico è stato chiamato a costruire un sistema di valutazione, che definisce e orienta le entità, la nomenclatura, la rilevazione, la descrizione, il monitoraggio e la valutazione in modo direttivo verso l'elaborazione di giudizi utili alle decisioni di allocazione delle risorse e correzione dei processi.

CONCLUSIONI

In conclusione l'esperienza piemontese documenta che i sistemi di indicatori per le attività sanitarie e quelli epidemiologici per i bisogni e i risultati di

salute possono essere utilmente valorizzati in modo integrato da decisori interessati ad elaborare giudizi di valore sul funzionamento del SSR utili alle scelte. Tuttavia nessuno dei due sistemi sembra essere programmaticamente progettabile per un processo decisionale specifico; più ragionevolmente essi devono proporsi di esaudire in modo valido ed efficiente i principali fabbisogni conoscitivi che diversi interlocutori e processi decisionali potrebbero rivolgere loro.

Viceversa nei casi in cui un singolo percorso o luogo di offerta assistenziale sappia esplicitare regole di funzionamento "evidence based" (in termini di bisogno da risolvere, soluzioni efficaci da adottare, risultato atteso, requisiti di processo da garantire), allora un sistema di valutazione può rispecchiarsi su queste regole e tradursi in indicatori espressamente vincolati alle decisioni da intraprendere per il funzionamento della specifica attività sanitaria. Nel momento in cui la maggior parte dei principali processi assistenziali venissero "re-ingegnerizzati" in questo senso, allora il sistema di indicatori complessivo delle attività delle Aziende sanitarie potrebbe diventare espressamente valutativo e, quindi, orientato alla decisione.

BIBLIOGRAFIA

1. Regione Piemonte, *Sistema indicatori di valutazione delle attività sanitarie*, <http://intranet.ruparpiemonte.it/svas/index.shtml>. Ultimo accesso 18 marzo 2008.
2. Regione Piemonte, *Misure e problemi per la salute e la sanità*, Torino 2006. <http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/salute2006/index.htm>. Ultimo accesso 18 marzo 2008.
3. Gisci: *Indicatori e standard per la valutazione di processo dei programmi di screening del cancro del collo dell'utero*. Manuale operativo, Supplemento a *Epid Prev* 1999; 23(80).

LA VALUTAZIONE COME METODO DI LAVORO: IL SISTEMA ADOTTATO DALLA REGIONE TOSCANA

di **Sabina Nuti**

Direttore del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna - Pisa

Nel 2006 la spesa pubblica destinata alla sanità in 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 rilevante della qualità di vita della persona, sia in termini economici come spesa che la collettività sostiene, ma infine anche come volano di sviluppo economico. Il sistema sanitario regionale infatti contribuisce in modo rilevante alla generazione dei redditi dell'economia toscana. Sulla base di uno studio realizzato dall'Irpet¹, 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 ade-

guati in qualità e volume, sia in termini di sostenibilità economica che di impatto per lo sviluppo del territorio. La sua gestione rappresenta infatti sempre di più una tra le sfide più difficili per le amministrazioni pubbliche. Dal suo buon funzionamento e da una qualità adeguata dei servizi sanitari il cittadino basa in buona misura il suo giudizio 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 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 incidere pesantemente sul successo politico di una amministrazione regionale.

La Regione Toscana ha inteso introdurre, con il sistema di valutazione della performance presentato nei paragrafi seguenti, uno strumento di governo del sistema sanitario regionale in cui gli orientamenti strategici di lungo periodo fossero monitorati congiuntamente con gli obiettivi di

¹ 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, pag. 139-149.

breve periodo e dove il governo della spesa fosse integrato con le misure di risultato, con la finalità di evidenziare il valore prodotto per il cittadino (Mc Laughlin et al. 2000). Fondamentale è infatti 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 successivamente 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 il principio dell’universalità e della programmazione, dell’efficacia e dell’efficienza.

In particolare, la programmazione combinata con il sistema delle Aziende attraverso cui opera il sistema regionale sono stati ritenuti fondamentali 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 (Vedung E., 1997). Nel contesto della sanità pubblica le Aziende forse rappresentano gli unici strumenti che, se utilizzati con competenza, possono garantire il perseguimento della missione del sistema sanitario pubblico. Le Aziende rappresentano modalità potenti per organizzare l’azione, per orientare gli sforzi di tutte le componenti verso la finalità comune, che è il miglioramento

della salute dei cittadini, ma adottando logiche di economicità.

Pur basandosi sulle Aziende quali pilastri del sistema, nella Regione Toscana 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, 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, perché 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 determinante è il sistema di valutazione dei risultati. Questo deve essere condiviso nelle linee e nelle modalità da tutti i soggetti che compongono il sistema, trasparente e chiaro, ma deve essere anche “inesorabile” nella sua oggettività, nel suo rigore, nella sua sistematicità.

Il sistema di valutazione dei risultati è fondamentale anche per attivare i processi di innovazione permettendo, attraverso il confronto delle performance, di individuare le best practices e di crescere e migliorare come sistema ed anche di valorizzare i risultati ottenuti dai migliori.

In questo contesto, per supportare, valutare e valorizzare l’azione delle 12 Aziende sanitarie locali e delle 4 Aziende ospedaliere universitarie² 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.

2. LA STORIA DEL SISTEMA

Con queste premesse, nel 2001 la Regione Toscana, con decreto n. 7425 del 18/12, ha affida-

² Nel 2007 le Aziende ospedaliere-universitarie della Toscana sono diventate cinque: si è aggiunta la Fondazione Monasterio costituita congiuntamente con il Cnr.

to al gruppo di ricerca della Scuola Superiore Sant'Anna³ 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, ha richiesto una prima implementazione del sistema alla Scuola Superiore Sant'Anna selezionando quattro Aziende sanitarie in cui avviare la sperimentazione, ossia l'Azienda Usl 3 di Pistoia, l'Azienda Usl 5 di Pisa, l'Azienda Usl 8 di Arezzo e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana. Queste Aziende sanitarie furono scelte perché:

- rappresentative delle tre aree vaste toscane;
- simili in termini di dimensioni e tipologia di servizi offerti⁴;
- la 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 obbiettivi 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.

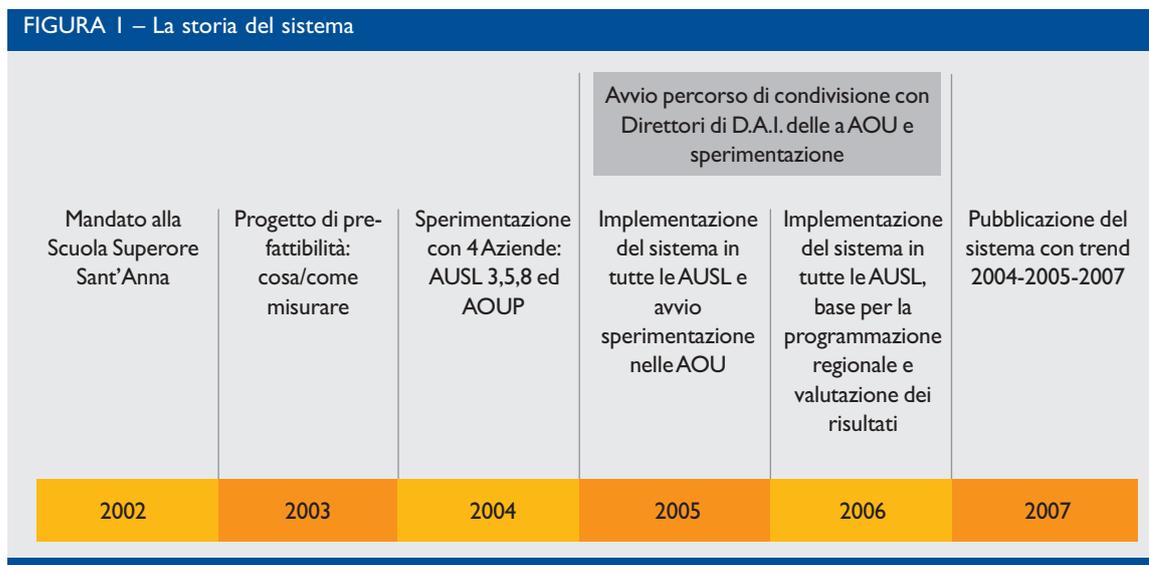
Al termine della fase di sperimentazione nelle quattro Aziende pilota, il management delle Aziende

coinvolte e la Regione stessa hanno ritenuto assai soddisfacenti i risultati ottenuti ed il sistema nel 2005 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 rispetto alla 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 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 toscani⁵ 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 a marzo 2006 con la presentazione pubblica di un rapporto in cui sono stati presentati dai partecipanti stessi 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 Mana-

3 Il gruppo di ricerca della Scuola Superiore Sant'Anna è coordinato dall'autrice di questo capitolo ed è stato composto dal professore Lino Cinquini, e dai ricercatori Milana Vainieri, Anna Bonini, Annalisa Brambini, Manuela Furlan, Linda Marcacci, Domenico Cerasuolo, Sara Barsanti, Barbara Lupi, Anna Maria Murante, Elisabetta Felloni, Chiara Seghieri, Alessandro Campani, Maria Giulia Senigaglia, Cristina Campanale, Francesca Sanna.

4 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.

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



gement e Sanità con le direzioni Aziendali delle Aziende ospedaliero universitarie 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 coerenti con la missione svolta nel sistema sanitario. Nel mese di aprile del 2007 il report relativo alla performance delle quattro Aziende ospedaliero universitarie relativo ai 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. Nel mese di luglio del 2007 è stato pubblicato il primo report relativo alla performance conseguita dalla sanità toscana nel 2006⁶ (Nutti, 2007) e reso disponibile alla Giunta e al Consiglio Regionale nonché ai cittadini che lo hanno richiesto. Entro il 2007 il sistema è stato reso disponibile su web per il management del sistema sanitario toscano e nel 2008 lo sarà per tutti i cittadini interessati.

3. LE FINALITÀ E LE MODALITÀ D'USO 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. Il sistema progettato ed implementato nelle quattro realtà pilota ha permesso di capire, inoltre, che lo strumento poteva diventare un mezzo fondamentale per supportare la funzione di governo soprattutto a livello regionale. Mediante il processo di valutazione della performance si è inteso quindi avviare quello di valorizzazione delle "best practices" delle Aziende sanitarie, mediante il quale i managers e le organizzazioni nel loro complesso potessero avere la continua opportunità di apprendere e crescere. La presentazione dei dati sempre in *benchmarking* tra le realtà Aziendali della Toscana facilita infatti il superamento dell'autoreferenzialità a favore del confronto, inteso come strumento fondamentale per verificare i risultati conseguiti e gli eventuali spazi di miglioramento.

Nel corso della progettazione, sperimentazione ed implementazione, sono stati oggetto di studio

⁶ Confronta "La valutazione della sanità toscana: report 2006" a cura di Sabina Nutti, Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna, Ets Pisa 2007.

e confronto i sistemi di valutazione della performance adottati in altri contesti sanitari pubblici, in particolare il sistema adottato fin dal 1997 in Canada nella regione dell'Ontario per le realtà ospedaliere⁷. Sono stati spunto di riflessione e di analisi anche il sistema implementato nel sistema sanitario inglese ed olandese, nonché la ricca bibliografia scientifica sul tema della valutazione della performance in sanità.

Il sistema è oggi utilizzato per supportare i processi di pianificazione e programmazione a livello Aziendale e regionale ed è collegato al sistema di incentivazione per la direzione Aziendale. Le Aziende del sistema a loro volta hanno collegato lo strumento al loro sistema di budget interno.

4. IL SISTEMA DI REPORTING MULTIDIMENSIONALE DEI RISULTATI

Nel progetto di prefattibilità il gruppo di ricerca ha elaborato un primo modello (figura 2 a pag. 92) capace di descrivere le relazioni di causa ed effetto nel processo di erogazione dei servizi di un'Azienda sanitaria. Il gruppo di ricerca ha inteso evidenziare nel modello sia le tipologie di risultati attesi dalle istituzioni sanitarie, sia le modalità con cui questi vengono operativamente conseguiti. Nel prospetto proposto, partendo dalla destra dello schema, si evidenziano i risultati "ultimi" ottenuti dall'istituzione sanitaria, ossia gli *outcome*, che possono essere perseguiti solo in un orizzonte temporale di medio e lungo periodo e si riferiscono alla finalità ultima dell'Azienda sanitaria, ovvero il miglioramento del benessere sociale e dello stato di salute della popolazione (Opit, 1993). 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 se spesso sono 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 comunque sono oggetto di monitoraggio da parte sia dell'agenzia sanitaria regionale che della Direzione Generale regionale stessa, sono preceduti dai risultati di *output*, che concorrono fortemente a determinarli. Questi risultati di *output* sono classificati in quattro ambiti:

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

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

- *ospedale*;
- *territorio*, comprensivo della medicina e pediatria di base, l'attività diagnostica e ambulatoriale, nonché di tutti i servizi coordinati dalle zone (Sert, Handicap, salute mentale adulti e

⁷ Confronta www.Hospitalreport.com

infanzia, consultori...);

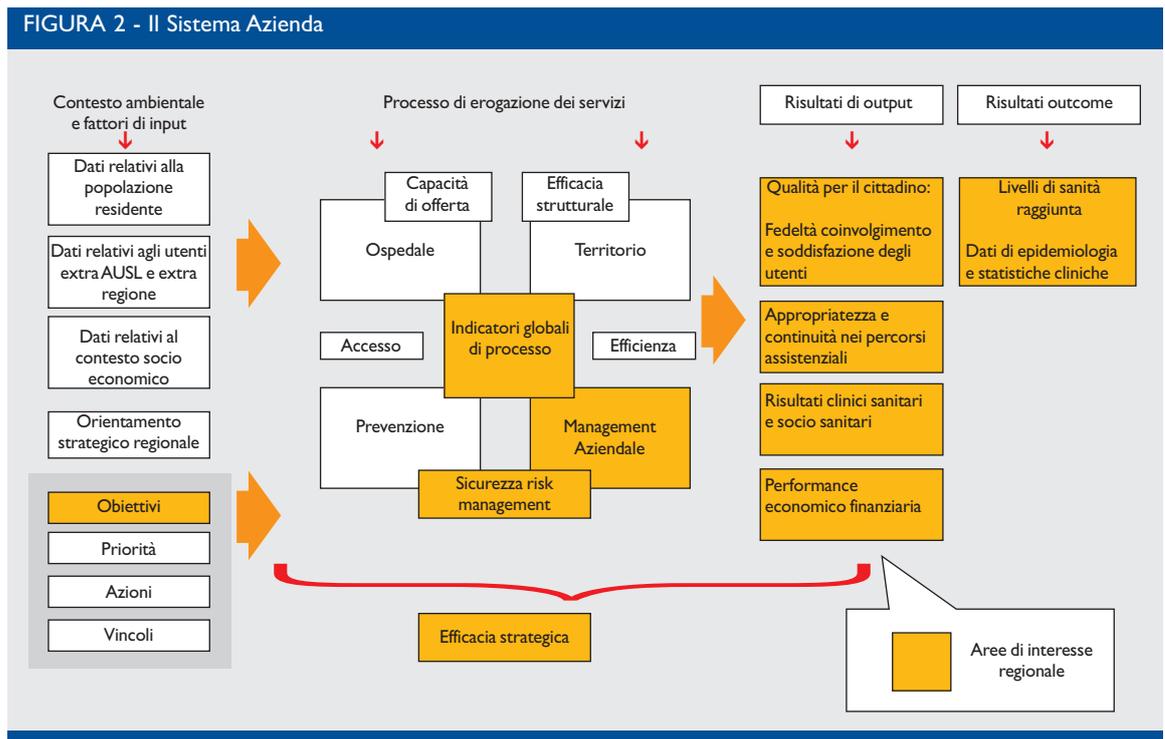
- *prevenzione*, comprensiva dei settori di veterinaria, Igiene e salute pubblica, medicina dello sport, medicina del lavoro, medicina legale.

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

- *l'efficacia strutturale*, intesa come livello di adeguatezza della struttura (edifici, attrezzature, spazi, arredi) rispetto alla missione e alla tipologia di servizi che l'istituzione sanitaria è chiamata ad assolvere nell'ambito del sistema sanitario regionale;
- *l'efficienza operativa*, relativa alle modalità con cui le risorse disponibili sono utilizzate; l'attenzione è rivolta all'analisi della produttività del sistema e dei suoi fattori;
- *l'accesso*, inteso come l'insieme delle modalità con cui viene garantito e facilitato l'accesso ai servizi sanitari con logiche di equità e trasparenza;
- *la sicurezza ed il risk management*, intesa come capacità di operare garantendo la sicurezza di tutti i soggetti del sistema, sia gli operatori che gli utenti.

Orientano la fase del processo di erogazione dei servizi sanitari sia il contesto ambientale sia i fattori specifici di *input* (vedi la parte sinistra della figura 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 chiaramente influiscono sulle scelte e sulle modalità adottate da ciascuna Azienda per servire il proprio 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, 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 re-



gionale, pur condividendo la rappresentazione nel modello delle modalità con cui le Aziende perseguono i loro risultati e pur volendo mantenere una dimensione Aziendale del sistema, hanno concordato di concentrare l'attenzione nel monitoraggio dei risultati (le aree con sottofondo colorato nella figura 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 quindi è da considerare oggetto rilevante in ottica di valutazione regionale. 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 tabelle pagina 98 e seguenti).

Le dimensioni della valutazione sono:

- *La valutazione dei livelli di salute della popolazione (A)*
Pur sapendo che questa 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 spesso è determinato dalle scelte gestionali effettuate, è stato ritenuto opportuno mantenere nel sistema almeno tre indicatori di sintesi, anche per mantenere focalizzata l'attenzione dei managers 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 e 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 dei 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. Ormai molti studi evidenziano la rilevante correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, il clima organizzativo Aziendale e la soddisfazione degli utenti dei servizi erogati. Puntare sul miglioramento dei risultati quindi necessita di una rilevante focalizzazione sui sistemi e i meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati.

- *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 ope-

rativa che possano evidenziare la produttività delle risorse e l'utilizzo di strumenti gestionali orientati all'ottimizzazione e razionalizzazione dell'uso delle risorse disponibili. Sono quindi oggetto di valutazione il funzionamento dei servizi interni (controllo di gestione, approvvigionamenti, sistema informativo...) e la capacità di utilizzo da parte dell'Azienda degli strumenti fondamentali di management (meccanismi di programmazione e controllo, formazione, comunicazione interna...).

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 una 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 in zona verde, mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce via via più lontane dal centro.

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

- *fascia verde*, fascia 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;
- *fascia verde chiaro*, quando la performance è buona e la valutazione sintetica oscilla tra il 3 e il 4;

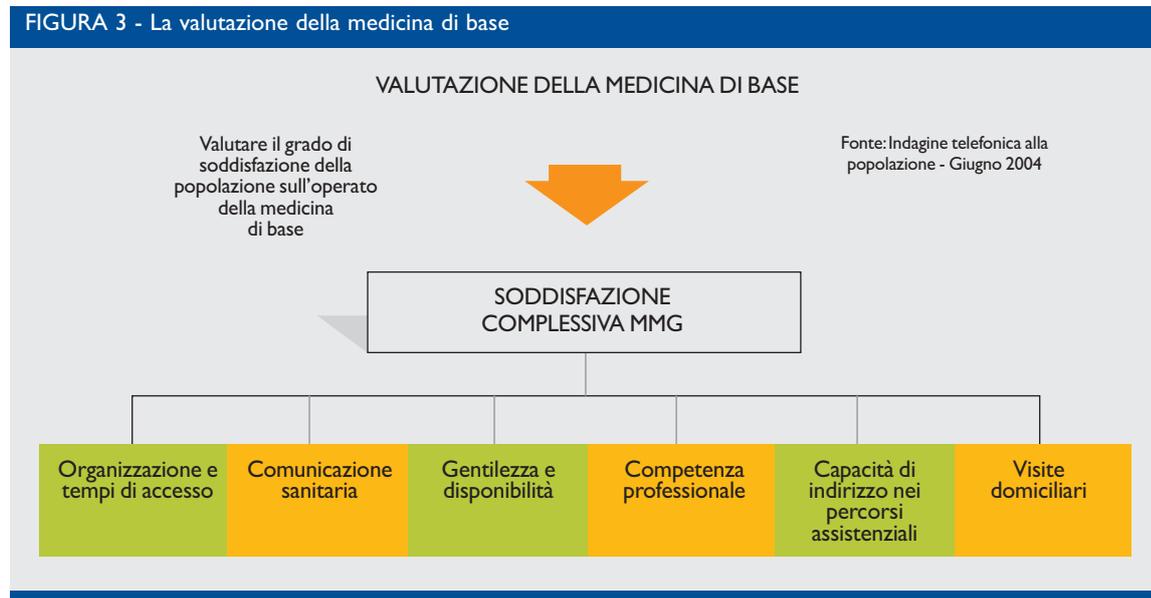
- *fascia gialla*, quando la valutazione è tra il 2 e il 3 e la performance non è negativa ma certamente presenta ampi spazi di miglioramento;
- *fascia arancione*, quando la valutazione è tra l'1 e il 2 e presenta una situazione preoccupante. La performance può essere, anzi deve essere migliorata;
- *fascia rossa*, quando la performance è sotto l'unità 1.

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 regionale definito con delibera regionale;
- in caso di assenza di uno standard regionale di riferimento è stata considerata la media regionale corretta con eventuali fattori di *risk adjustment* per rendere possibile il confronto tra le Aziende (in genere sono stati considerati il genere di appartenenza e l'età degli utenti).

Ogni Azienda, quindi, vede rappresentata sinteticamente la propria performance nel suo bersaglio, in cui vengono riportati i valori di sintesi di circa 50 indicatori selezionati. La maggior parte degli indicatori rappresentano la sintesi 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 figura n. 3).

FIGURA 3 - La valutazione della medicina di base



Complessivamente gli indicatori monitorati ogni anno e oggetto di valutazione sono circa 130 e altrettanti indicatori sono inseriti nella reportistica senza valutazione ma quali strumenti per facilitare la comprensione delle determinanti del risultato conseguito. Il loro numero complessivo può variare perché ogni anno 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, ad esempio, sono misurati mensilmente mentre la soddisfazione dei cittadini per i servizi della medicina di base è misurata ogni due anni.

Le dimensioni del sistema di valutazione comprendono indicatori alimentati con dati provenienti dal sistema informativo regionale, dai bilanci Aziendali e da indagini sistematiche con 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 in-

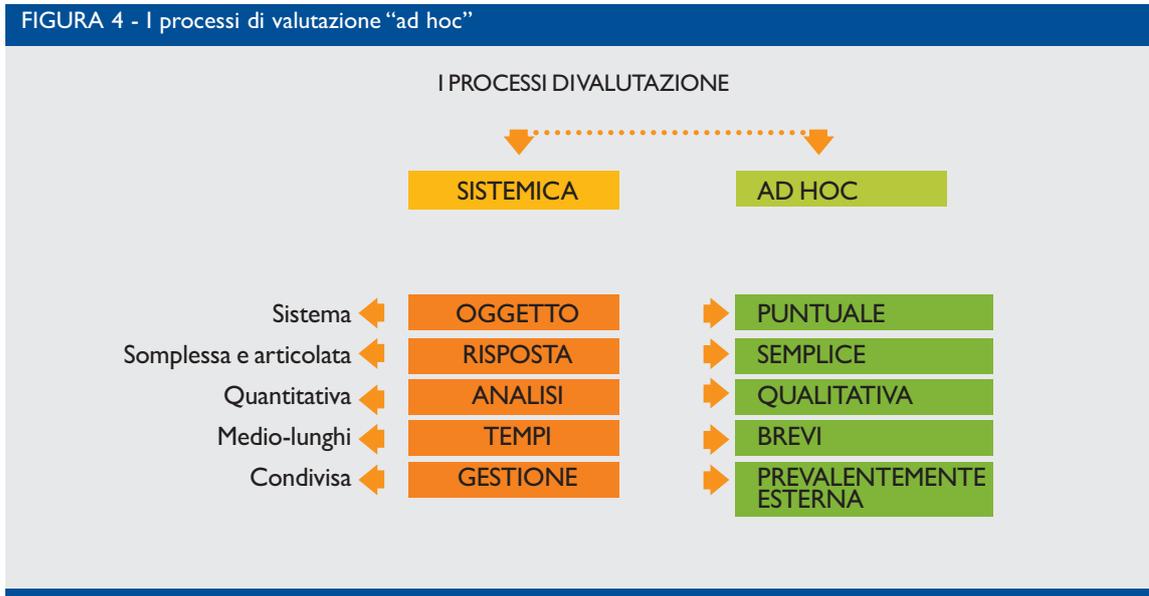
formativo regionale o ricavabili mediante le indagini di campo sono stati sufficienti a soddisfare il fabbisogno di controllo, soprattutto nell'ambito della dimensione relativa alla capacità di perseguire gli orientamenti regionali. A tal fine quindi sono stati attivati processi di valutazione ad hoc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

In termini di modalità di uso il bersaglio a livello regionale e per singola Azienda è stato fino ad oggi fornito su formato elettronico 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.

5. 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

FIGURA 4 - I processi di valutazione “ad hoc”



di misurare anche l’andamento nel tempo della performance.

Disporre di un flusso informativo sistematico, certo e attendibile a livello regionale, però richiede molto tempo e un grande sforzo da parte di tutti i soggetti del sistema. Tale investimento, quindi, è 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 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 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 risposta sono brevi e le modalità con cui si attiva il processo di indagine può 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 post. 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 De-

libere Regionali di elevata criticità;

- verificare la presenza di alcune situazioni di criticità nei processi di erogazione dei servizi, magari in seguito a segnalazioni ricevute da associazioni, cittadini, enti locali;
- analizzare lo stato di fatto di un servizio/attività e le differenze tra diverse realtà locali per orientare e supportare il processo di programmazione a livello regionale e Aziendale.

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

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

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. Gli indicatori *ad hoc* sono comunque pochissimi sul bersaglio, non più di due o tre ogni anno su cinquanta punti di valutazione sintetica.

6. GLI INDICATORI DEL SISTEMA

Nelle tabelle successive sono presentati 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. Per ogni indicatore di sintesi la scelta specifica è stata effettuata con il coinvolgimento degli operatori Aziendali nella fase di sperimentazione e successivamente con l'approvazione della direzione regionale e del management Aziendale. Il peso che ciascun indicatore ha nel calcolo della valutazione sintetica finale può anche subire modifiche da un anno all'altro se la Regione intende dare maggiore rilevanza ad un risultato rispetto ad altri.

L'indicatore C7 nell'ambito della valutazione sanitaria, ad esempio, misura la qualità del percorso materno infantile ed il risultato è stato calcolato nel 2006 e ora nel 2007 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. Nel 2005 invece tutti gli indicatori che compongono l'indicatore complessivo avevano lo stesso peso.

La tabella successiva indica quali indicatori sono stati selezionati per ciascun anno e oggetto di valutazione. Sono inoltre indicati nella colonna "obiettivo" quali indicatori 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 nel tempo ha provveduto a correggere le modalità di calcolo di alcuni di questi in base ai suggerimenti migliorativi pervenuti dalle Aziende. Le fonti dei dati sono il sistema

Le dimensioni della valutazione delle performance

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori				
	Bersaglio 2005	Bersaglio 2006	Obiettivo 2006	Bersaglio 2007	Obiettivo 2007
VALUTAZIONE SALUTE DELLA POPOLAZIONE (A)					
A1	Mortalità Infantile				
A1.1	✓	✓		✓	
A1.2		✓		✓	
A1.3		✓		✓	
A2	Mortalità tumori				
A2	✓	✓		✓	
A3	Mortalità per malattie cardiocircolatorie				
A3	✓	✓		✓	
A4	Mortalità per suicidi				
A4		✓		✓	
CAPACITÀ PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI (B)					
B1	La costituzione e il funzionamento del CORD				
B1	✓				
B2	Attivazione e conoscenza del SUP				
B2	✓				
B3	Tempi di attesa per visite specialistiche				
B3	✓	✓	✓	✓	✓
B4	Strategie per il controllo del dolore				
B4	✓	✓		✓	
B4.1	Consumo di farmaci oppioidi				
B4.1	✓	✓		✓	
B4.2	Indagini di soddisfazione degli utenti				
B4.2		✓		✓	
B5	Estensione ed adesione allo screening				
B5	✓	✓	✓	✓	✓
B5.1	Screening Mammografico				
B5.1	✓	✓	✓	✓	✓
B5.2	Screening cervice uterina				
B5.2	✓	✓	✓	✓	✓
B5.3	Screening coloretale				
B5.3	✓	✓	✓	✓	✓
B6	Donazioni di organi				
B6		✓	✓	✓	
B6.1	% Morti Encefaliche individuate				
B6.1		✓	✓	✓	
B6.2	% Donatori Effettivi				
B6.2		✓	✓	✓	
B7	Grado di copertura vaccinale				
B7		✓	✓	✓	✓
B7.1	Grado di copertura per vaccino MPR				
B7.1		✓	✓	✓	
B7.2	Grado di copertura per vaccino antinfluenzale				
B7.2		✓	✓	✓	✓
B8	Tempestività SIR				
B8		✓	✓	✓	✓
B9	Equità ed accesso				
B9		✓		✓	
B9.1	Percorso materno infantile				
B9.1		✓		✓	
B9.2	Pronto Soccorso				
B9.2		✓		✓	
B9.3	Ricovero Ospedaliero				
B9.3		✓			
B9.4	Servizi territoriali				
B9.4				✓	
B10	Organizzazione del percorso assistenziale del ricovero				
B10		✓			
B10.1	Percezione processi organizzativi				
B10.1		✓			
B10.2	Coordinamento				
B10.2		✓			
B11	Complessità (AOU)				
B11		✓		✓	
B11.1	Percentuali Drg Chirurgici di alta complessità				
B11.1		✓		✓	
B11.2	Peso medio Drg Chirurgici di alta complessità				
B11.2		✓		✓	
B12	Mobilità (AOU)				
B12		✓		✓	
B12.1	Indice di fuga intraregionale extra Area Vasta				
B12.1		✓		✓	
B12.2	Indice di fuga extraregionale				
B12.2		✓		✓	
B12.3	Indice di attrazione intraregionale extra Area Vasta				
B12.3		✓		✓	
B12.4	Indice di attrazione extraregionale				
B12.4		✓		✓	
B13	Continuità assistenziale: percorso materno infantile				
B13	✓	✓		✓	✓
B13.1	Pre-parto				
B13.1	✓	✓		✓	
B13.2	Parto				
B13.2	✓	✓		✓	
B13.3	Post-parto				
B13.3	✓	✓		✓	
B14	Tempi di attesa per prestazioni di diagnostica				
B14				✓	✓
B15	Capacità attività di ricerca				
B15		✓		✓	
VALUTAZIONE SANITARIA (C)					
C1	Valutazione della capacità di governo della domanda				
C1	✓	✓	✓	✓	✓
C1.1	Tasso ospedalizzazione globale				
C1.1	✓	✓	✓	✓	✓
C1.2	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari				
C1.2	✓	✓		✓	
C1.3	Tasso ospedalizzazione DH				
C1.3	✓	✓		✓	
C1.4	Tasso ospedalizzazione DH medico				
C1.4		✓		✓	✓
C1.5	Tasso ospedalizzazione DH chirurgico				
C1.5		✓		✓	

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori				
	Bersaglio 2005	Bersaglio 2006	Obiettivo 2006	Bersaglio 2007	Obiettivo 2007
C1.6 Tasso di prestazioni ambulatoriali	✓	✓		✓	
C2 Valutazione di efficienza delle attività di ricovero	✓	✓	✓	✓	
C2.10 Indice di performance degenza media				✓	
C2.1 Degenza media colecistectomia laparoscopica	✓	✓	✓		
C2.2 Degenza media isterectomia	✓	✓	✓		
C2.3 Degenza media prostatectomia	✓	✓	✓		
C2.4 Degenza media ictus	✓	✓			
C2.5 Degenza media infarto	✓	✓			
C2.6 Degenza media emorragia gastrointestinale	✓	✓			
C2.7 Degenza media scompenso	✓	✓			
C2.8 Degenza media polmonite	✓	✓			
C3 Valutazione di efficienza pre-operatoria	✓	✓	✓	✓	✓
C4 Valutazione di appropriatezza	✓	✓	✓	✓	✓
C4.1 % Drg medici da reparti chirurgici (divisi RO e DH)	✓	✓	✓	✓	✓
C4.2 % colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery	✓	✓	✓	✓	✓
C4.3 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti	✓	✓		✓	
C4.4 Drg LEA Medici: % standard raggiunti	✓	✓		✓	
C5 Valutazione della qualità clinica	✓	✓	✓	✓	✓
C5.1 % ricoveri ripetuti entro 30 giorni		✓		✓	
C5.2 % fratture anca operate in 2 gg	✓	✓	✓	✓	✓
C5.3 % prostatectomie transuretrali		✓		✓	
C5.4 Mortalità intraospedaliera per infarto		✓		✓	
C5.5 Mortalità intraospedaliera per embolia polmonare		✓		✓	
C5.6 % di utilizzo di I mammaria nel by-pass (AOU)		✓		✓	
C5.7 % di interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)		✓		✓	
C5.8 % ventilazioni meccaniche non invasive (AOU)		✓		✓	
C5.9 % appendicectomie in laparoscopia				✓	
C5.10 % interventi del colon in laparoscopia				✓	
C6 Rischio clinico	✓			✓	
C6.1 Indice di sinistrosità				✓	
C6.2 Sviluppo del sistema di incident reporting:					
C6.2.1 Indice di diffusione degli audit				✓	
C6.2.2 Indice di diffusione delle Mortality & Morbidity Review				✓	
C6.3 Impatto economico				✓	
C6.4 Sicurezza del paziente:					
C6.4.1 Sepsi post-operatoria per chirurgia d'elezione				✓	
C6.4.2 Mortalità intraospedaliera nei dimessi con Drg a bassa mortalità	✓			✓	
C6.4.3 Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica	✓			✓	
C7 Valutazione Materno-Infantile	✓	✓	✓	✓	✓
C7.1 % cesarei depurato	✓	✓	✓	✓	✓
C7.2 % parti indotti	✓	✓		✓	
C7.3 % episiotomia depurato	✓	✓		✓	
C7.4 Tasso neonati con Apgar<7 al 5° minuto	✓	✓		✓	
C7.5 % di utilizzo di ventosa o forcipe		✓		✓	
C7.6 Tasso di ricoveri in pediatria: RO e DH		✓		✓	
C7.7 Tasso di fughe per parto	✓	✓		✓	
C8 Valutazione dell'efficacia sanitaria delle attività territoriali		✓	✓	✓	✓
C8.1 Tasso ospedalizzazione scompenso		✓	✓	✓	✓
C8.2 Tasso ospedalizzazione polmonite		✓	✓	✓	✓
C8.3 Tasso ospedalizzazione diabete con complicanze a lungo periodo		✓		✓	✓
C8.4 Tasso concepimenti minorenni		✓		✓	
C8.5 Tasso di ricoveri >30 gg sulla popol. resid.		✓		✓	
C8.6 Tasso di ricoveri con patologie psichiatriche per residenti maggiorenni		✓		✓	
C8.7 % di TSO sui ricoveri con patologie psichiatriche, per residenti		✓		✓	
C8.8 Tasso ospedalizzazione BPCO		✓		✓	
C8.9 Tasso di ricoveri con patologie psichiatriche per residenti minorenni				✓	
C8.10 % ricoveri ripetuti a 31-180 giorni				✓	

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori				
	Bersaglio 2005	Bersaglio 2006	Obiettivo 2006	Bersaglio 2007	Obiettivo 2007
C8.11 % IVG su straniere				✓	
C9 Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva		✓		✓	
C9.1 Inibitori di pompa protonica: riduzione n. unità posologiche		✓		✓	
C9.2 Statine: tasso di abbandono		✓		✓	
C9.3 Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina: % confezioni sartani			✓		✓
C9.4 Inibitori selettivi ricaptazione serotonina: riduzione DDD		✓		✓	
C10 Valutazione del percorso oncologico		✓		✓	
C10.1 % interventi conservativi per tumore alla mammella		✓		✓	
C10.2 % interventi per tumore al polmone fuori Area Vasta (AOU)		✓		✓	
C10.3 % deceduti a casa per tumore maligno		✓		✓	
VALUTAZIONE ESTERNA (D)					
D1 Percorso oncologico	✓			✓	
D2 Medicina di base	✓			✓	✓
D3 Attività ambulatoriale	✓			✓	✓
D4 Attività diagnostica	✓			✓	✓
D5 Servizi di prevenzione	✓				
D6 Conoscenza URP	✓				
D7 Presa in carico del paziente nel percorso oncologico da parte del MMG	✓				
D8 Soddisfazione percorso emergenza	✓	✓		✓	
D8.1 Percorso complessivo	✓	✓		✓	
D8.2 Accoglienza e privacy	✓	✓		✓	
D8.3 Personale	✓	✓		✓	
D9 Percentuale abbandoni pronto soccorso		✓		✓	
D10 Insoddisfazione percorso emergenza		✓	✓	✓	✓
D10.1 Percorso complessivo		✓	✓	✓	✓
D10.2 Accoglienza e privacy		✓	✓	✓	✓
D10.3 Personale		✓	✓	✓	✓
D11 Qualità dell'assistenza del ricovero		✓			
D11.1 Cortesia e disponibilità		✓			
D11.2 Accuratezza dell'assistenza sanitaria		✓			
D11.3 Valutazione complessiva cure prestate		✓			
D11.4 Valutazione complessiva dell'esperienza di ricovero rispetto alle aspettative			✓		
D12 Umanizzazione del ricovero		✓			
D12.1 Empatia		✓			
D12.2 Gestione Dolore		✓			
D13 Comunicazione sanitaria del ricovero		✓			
D13.1 Informazioni cliniche		✓			
D13.2 Partecipazione		✓			
D14 Comfort e ambiente		✓			
D14.1 Orario visite familiari		✓			
D14.2 Pulizia degli spazi		✓			
D14.3 Confort camera da letto		✓			
D14.4 Gradevolezza dei pasti		✓			
D14.5 Orario pasti		✓			
D15 Servizi distrettuali				✓	
D16 Capacità di informazione sui servizi della Ausl				✓	
VALUTAZIONE INTERNA (E)					
E1 Tasso di risposta all'indagine di clima	✓	✓	✓	✓	✓
E2 Tasso di assenza	✓	✓	✓	✓	✓
E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	✓	✓		✓	
E4 Condizioni di lavoro per i responsabili	✓			✓	✓
E4.1 Il mio lavoro	✓			✓	
E4.2 Condizioni di lavoro	✓			✓	

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori				
	Bersaglio 2005	Bersaglio 2006	Obiettivo 2006	Bersaglio 2007	Obiettivo 2007
E4.3 Lavoro di gruppo	✓			✓	
E5 Management per i responsabili	✓	✓		✓	
E5.1 Comunicazione ed informazione	✓	✓		✓	
E5.2 Il mio responsabile	✓	✓		✓	
E5.3 La mia Azienda	✓	✓		✓	
E6 Condizioni di lavoro per i dipendenti	✓			✓	
E6.1 Il mio lavoro	✓			✓	
E6.2 Condizioni di lavoro	✓			✓	
E6.3 Lavoro di gruppo	✓			✓	
E7 Management per i dipendenti	✓	✓	✓	✓	✓
E7.1 Comunicazione ed informazione	✓	✓		✓	
E7.2 Il mio responsabile	✓	✓		✓	
E7.3 La mia Azienda	✓	✓		✓	
E8 Evoluzione Aziendale	✓			✓	
E9 Attività di formazione	✓			✓	
VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA (F)					
F1 Equilibrio Economico	✓	✓	✓	✓	✓
F1.1 Equilibrio Economico Generale	✓	✓		✓	
F1.2 Equilibrio Economico Gestione Sanitaria	✓	✓		✓	
F1.3 ROI	✓	✓		✓	
F3 Equilibrio Patrimoniale	✓	✓		✓	
F3.1 Indice di disponibilità	✓	✓		✓	
F3.2 Tasso di obsolescenza tecnica		✓		✓	
F3.2.1 Incidenza dei canoni leasing		✓		✓	
F3.3 Indice di rinnovo degli investimenti		✓		✓	
F5 Equilibrio Finanziario	✓	✓		✓	
F5.1 Indice di elasticità finanziaria	✓				
F5.2 Costo delle scelte di finanziamento		✓		✓	
F5.2.1 Composizione dei debiti finanziari		✓		✓	
F5.2.2 Dilazione media dei debiti		✓		✓	
F7 Servizi Interni	✓	✓		✓	
F8 Budget	✓	✓		✓	
F10 Governo della spesa farmaceutica	✓	✓	✓	✓	✓
F11 Indice di compensazione	✓	✓		✓	
F12 Efficienza prescrittiva farmaceutica		✓		✓	
F12.1 Inibitori di pompa protonica: costo medio unitario		✓		✓	
F12.2 Statine: costo medio unitario		✓		✓	
F12.3 Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina: % Enalapril		✓		✓	
F12.4 Antagonisti dei recettori alfa adrenergici: % Tamsulosina		✓		✓	
F12.5 Antidepressivi: costo medio unitario		✓		✓	
F13 Procedure controllo interno magazzino		✓		✓	
F13.1 Conoscenza principi contabili		✓		✓	
F13.2 Esistenza procedura scritta		✓		✓	
F13.3 Applicazione procedura		✓		✓	
F13.4 Informazioni prospetti Conto Economico e Stato Patrimoniale		✓		✓	
F13.5 Informazioni Prospetto Nota Integrativa		✓		✓	
F13.6 Imputazioni costo ai Centri di Costo		✓		✓	
F14 Efficienza ed efficacia nella Sanità Pubblica Veterinaria		✓		✓	
F14.1 Sicurezza Alimentare e Piani Residui		✓		✓	
F14.2 Flussi informativi		✓		✓	
F14.3 Qualifiche sanitarie		✓		✓	
F14.4 Dilazione di pagamento dei rimborsi agli allevatori		✓		✓	
F15 Efficienza dei servizi di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro		✓		✓	
F15.1 Copertura del territorio		✓		✓	
F15.2 Efficienza Produttiva		✓		✓	

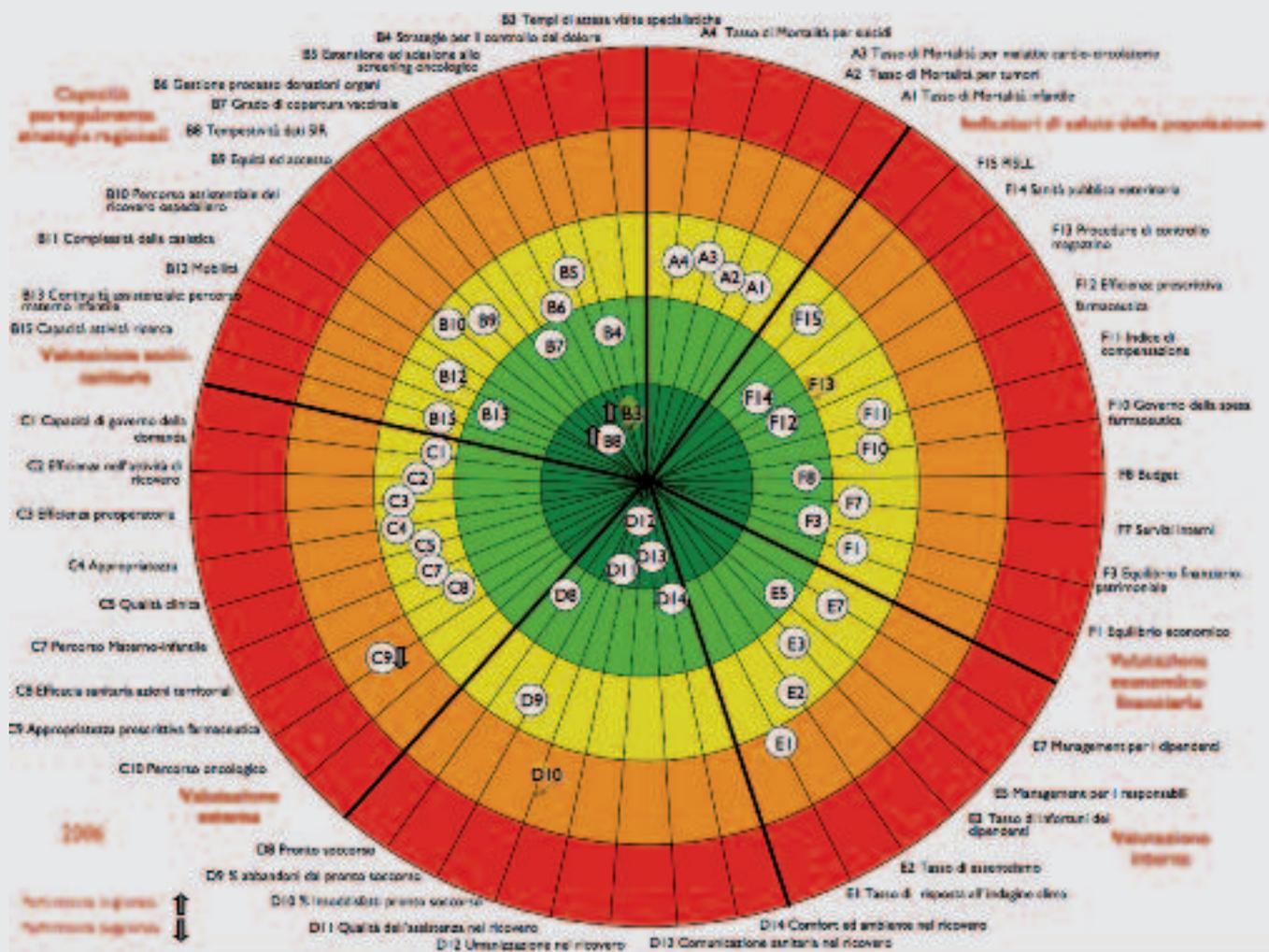
informativo regionale, i bilanci delle Aziende, le indagini realizzate direttamente dal Laboratorio MeS con le stesse metodologie in tutte le realtà per quanto concerne la valutazione interna ed esterna, e le elaborazioni dell’Agenzia regionale di sanità per quanto concerne la valutazione dello stato di salute della popolazione. Solo per gli indicatori tasso di assenteismo e infortuni sui dipendenti, nell’ambito della valutazione interna, i dati sono forniti direttamente dalle Aziende al Laboratorio Mes che li ha elaborati.

7. LA PERFORMANCE DEL SISTEMA SANITARIO TOSCANO NEL 2006

Nel 2006 il sistema sanitario nel suo complesso ha ottenuto una performance positiva su alcuni indicatori e una performance media nel-

la maggior parte degli indicatori selezionati. Questo è chiaramente dovuto al fatto che i risultati rappresentati sul bersaglio regionale, soprattutto nel primo anno di elaborazione, in molti casi sono calcolati sulla media dei risultati conseguiti dalle Aziende e ricadono, quindi, nella fascia gialla. 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 (vedi figura 6) 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.

FIGURA 6 - Il bersaglio regionale 2006



I bersagli delle singole Aziende appaiono in realtà assai differenti con un maggior numero di punti estremi in fascia rossa – arancione e nelle fasce verde scuro e verde chiaro. Si veda a titolo di esempio i bersagli (vedi figura 7 e 8).

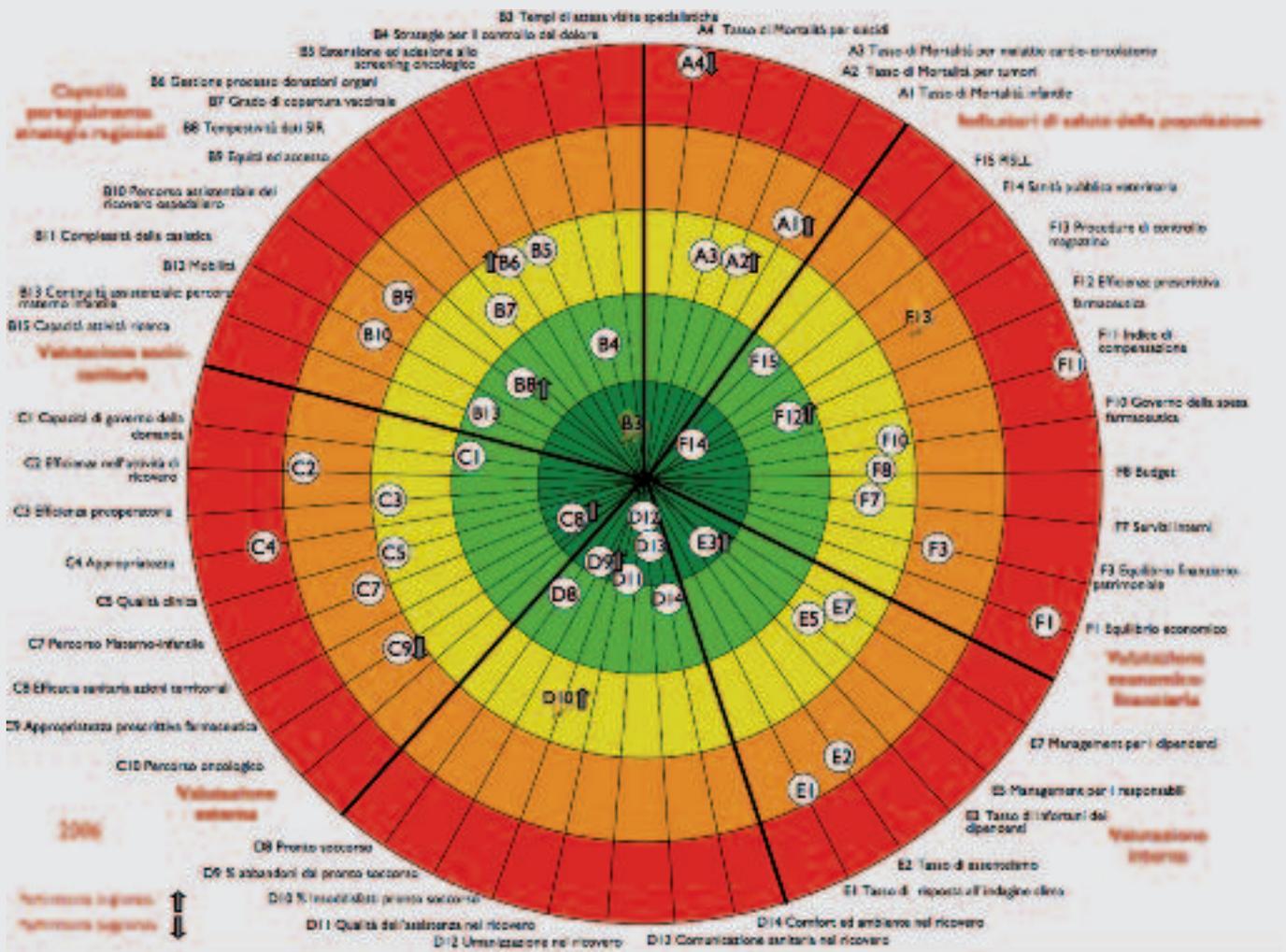
Come appare dal bersaglio regionale (figura 6), gli indicatori in cui si registra la performance più elevata sono quelli relativi alla dimensione esterna. I cittadini hanno infatti espresso un giudizio significativamente positivo relativamente ai servizi sanitari su cui è stata realizzata l'indagine 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 sono oggetto di misurazione anche i tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche.

Pur se la valutazione media della soddisfazione è elevata, rimane ancora alto il numero di utenti insoddisfatti dei servizi di pronto soccorso (indicatore D10) e si registrano alcune criticità nella continuità e coordinamento del percorso assistenziale di ricovero ospedaliero (indicatore B10). Assai critico è anche 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

FIGURA 7 - Il bersaglio 2006 della Ausl 9 di Grosseto



indicatore. Ciò dipende anche dal fatto che in buona misura la valutazione si basa su standard definiti a livello regionale, proprio per spingere le Aziende al miglioramento del processo di offerta dei servizi.

Confrontando la performance degli indicatori che sono stati oggetto di valutazione nel 2006 e che sono confrontabili con il 2005, a livello regionale si registra che le Aziende sanitarie territoriali sono riuscite a conseguire un miglioramento della performance nel 69% dei casi, mentre per le Aziende ospedaliero universitarie il miglioramento della performance è presente nel 50% dei casi (vedi figura 9 pag. 105).

La differenza dipende dal fatto che le Aziende ospedaliero universitarie hanno adottato il siste-

ma successivamente a 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. Anche se il bersaglio regionale, elaborato sulle medie dei risultati delle Aziende, non presenta alcun indicatore sulla fascia rossa, questi sono invece presenti in alcuni casi nei bersagli delle singole realtà Aziendali.

Il grafico della figura 10 evidenzia l'andamento per tutti gli indicatori del bersaglio confrontabili tra il 2005 e il 2006. La colonna in blu eviden-

FIGURA 8 - Il bersaglio 2006 dell'Ausl 11 di Empoli

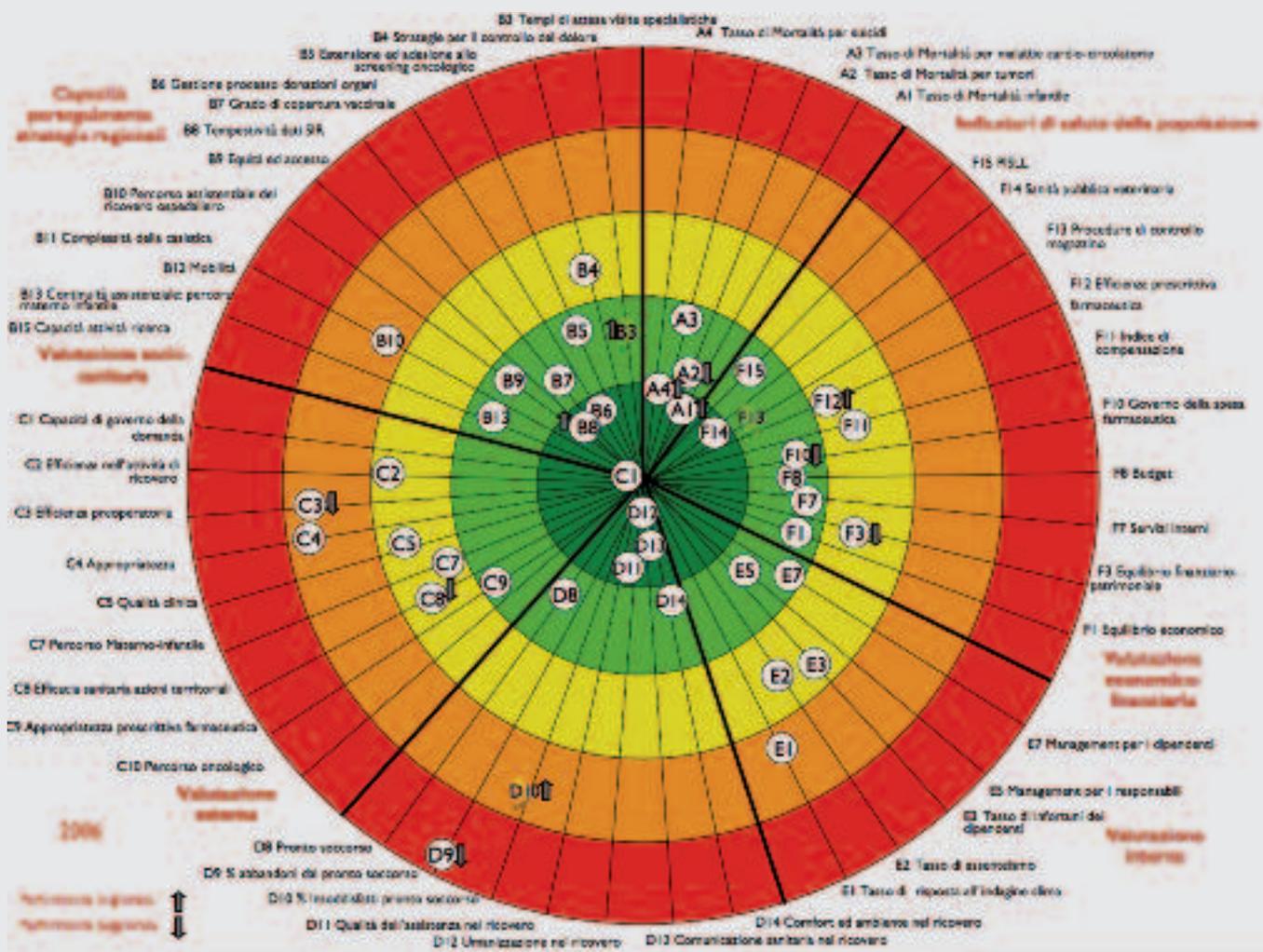
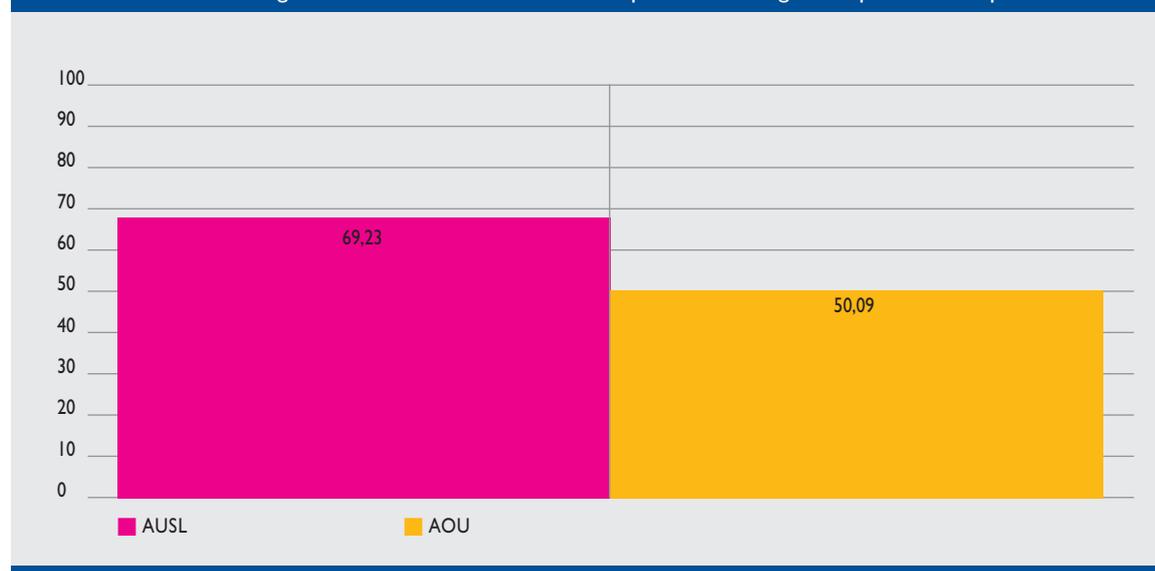


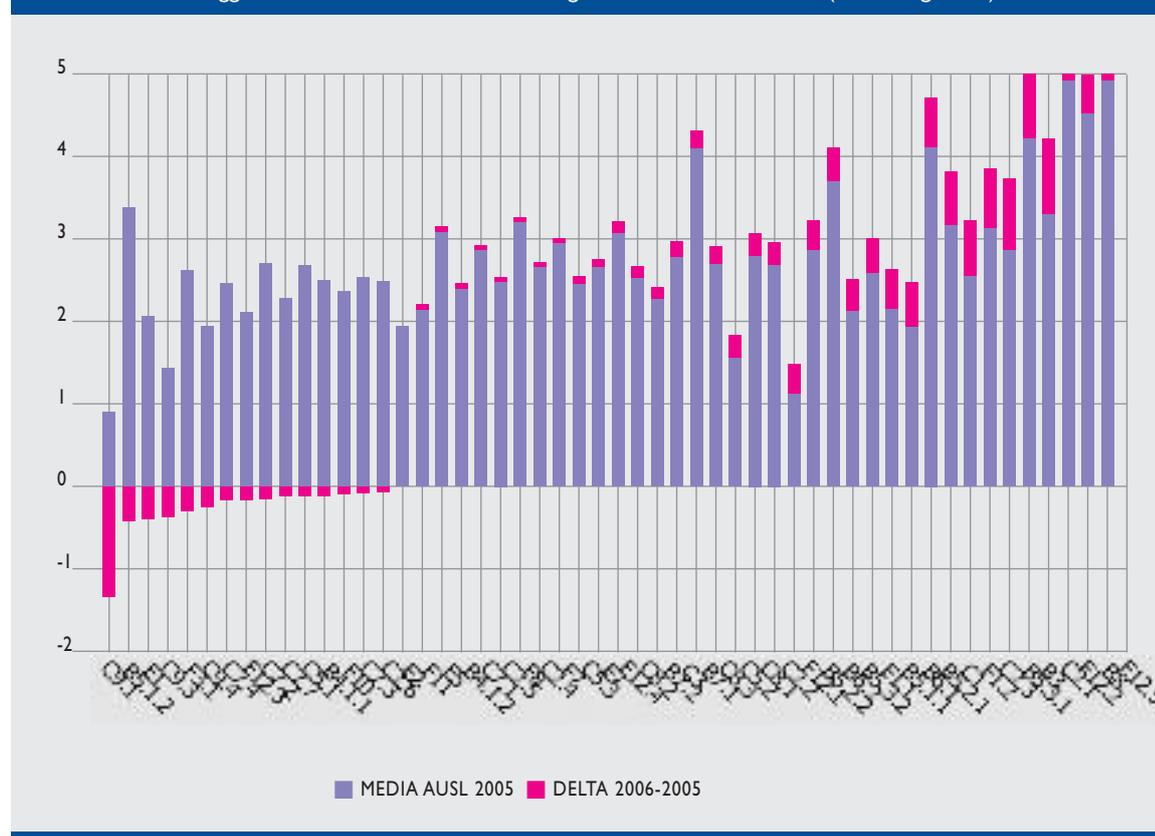
FIGURA 9 - Percentuale regionale di indicatori del 2006 con una performance migliore rispetto al 2005 per AUSL e AOU

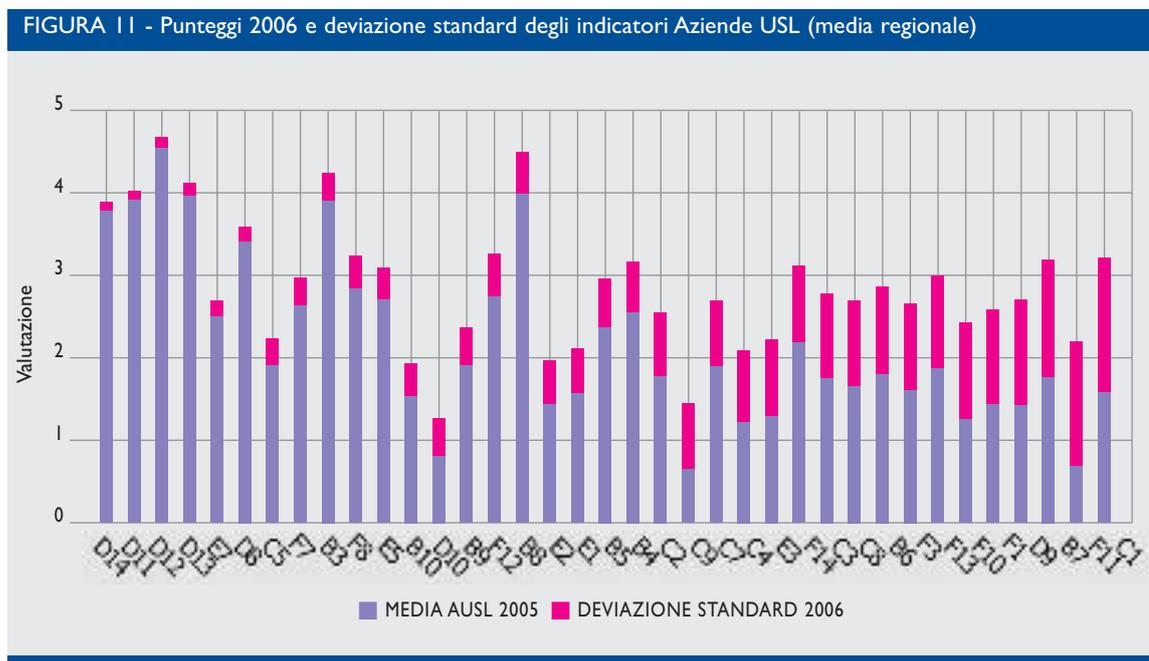


zia il risultato in termini di valutazione da 0 a 5 ottenuto nel 2005 mentre la parte in viola evidenzia il differenziale ottenuto nel 2006 in aggiunta alla colonna del 2005 se positivo oppure segnalato in negativo se peggiorativo. Come ap-

pare evidente dal grafico, il numero di indicatori in cui si registra un miglioramento è nettamente superiore a quelli in cui la performance è peggiorata e questo dimostra la capacità del sistema di attivare cambiamenti, certamente anche grazie

FIGURA 10 - Punteggi 2005 e variazione 2005-2006 degli indicatori Aziende USL (media regionale)





al sistema di reporting introdotto. 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 dalla organizzazione, nonché dalle competenze professionali presenti in ciascuna realtà Aziendale. Nel primo gruppo si tratta di indicatori dell'area "valutazione esterna", nel secondo gruppo di 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 variegata, invece, la performance nella dimensione socio sanitaria e di efficienza operativa, che dipende molto di più dai professionisti e dall'assetto organizzativo presente in ogni Azienda. In questa area la responsabilità del management Aziendale è più evidente e maggiori sono

le possibilità di apprendimento mediante il confronto con le "best practices". La variabilità tra le Aziende ma anche nelle Aziende 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 a adottare modelli basati sulla medicina basata sulle evidenze.

Infine, l'indicatore che registra la percentuale di Schede di Dimissione Ospedaliera (Sdo) inviate nel corso del 2006 rispetto al corrispondente periodo del 2005, passa dal 54% del primo invio di aprile al 96% dell'invio di gennaio 2007 (vedi figura 12, pag. 107). Tale indicatore è significativo per esprimere la capacità di cambiamento delle Aziende sanitarie toscane e soprattutto della volontà di aderire ad un sistema che permette una valutazione più trasparente e chiara della performance Aziendale.

Tutti gli operatori e i sistemi informativi Aziendali hanno sostenuto al riguardo un elevato impegno. Ricevere con tempestività e continuità nel

FIGURA 12 - Percentuale di SDO inviate nel 2006 rispetto al numero di ricoveri erogati nel corrispondente periodo del 2005



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 tutti i soggetti del sistema a fare del loro meglio per alimentare il sistema informativo regionale.

8. CONCLUSIONI

La letteratura manageriale affronta la problematica della valutazione multidimensionale della performance considerando quale oggetto di riferimento il sistema Azienda, evidenziando che la natura pubblica o privata non implica sostanziali differenze in termini di utilità ai processi decisionali del management. Se quindi sistemi di valutazione multidimensionali possono essere efficacemente applicati anche in realtà pubbliche, rimane però da affrontare il punto successivo ossia se questi possono essere applicati anche a livello di "sistema", ossia in dimensione regionale o nazionale. Uno strumento come il BSC (balanced scorecard) 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 de-

terminanti dei risultati, aiuta a riorientare gli sforzi nel caso questi non siano in linea con la strategia.

È possibile per un sistema pubblico, composto da molteplici soggetti, con missioni a volte integrate tra di loro, a volte anche in competizione, applicare le stesse logiche? 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 sia semplicistico rispetto alla realtà l'assunzione di una esistente relazione causale tra obiettivi azioni e risultati (Ottley, 1999) e questo sembra particolarmente condivisibile per il settore pubblico. In questo caso infatti molto dipende dalle scelte di assetto organizzativo adottate. Nel contesto sanitario quanto più il soggetto politico interviene per definire non solo gli obiettivi ma pianifica anche le modalità e le strategie per perseguirli, tanto più strumenti quali il BSC sono adottabili. Analizzando le applicazioni del BSC realizzate in sanità a livello internazionale (Li-cheng Chang, 2004) e nazionale si concorda con quanti (Zelman et al. 2003,

Baraldi 2005) apprezzano l'impostazione di fondo del modello proposto da Kaplan ma evidenziano la necessità di opportuni e rilevanti adattamenti al contesto sanitario che hanno determinato, in molti casi, la progettazione di modelli concettuali assai diversi dal sistema originale.

Soprattutto ciò che appare difficile e critico a livello di sistema, rispetto al riferimento Aziendale, non è tanto la rappresentazione multidimensionale dei risultati quanto la costruzione della "mappa strategica" tale da consentire di governare le relazioni di causa ed effetto tra azioni e risultati conseguiti. Questa può avere, nel contesto dei sistemi sanitari pubblici, diversi gradi di applicazione, in base alle scelte di ruolo del soggetto pubblico. Se questo si propone di svolgere un ruolo di programmazione complessiva, la costruzione della mappa strategica è possibile ed auspicabile e permette di avere una visione integrata e coordinata dell'agire pubblico, facilitando l'individuazione delle azioni correttive e la valutazione anche politica dell'operato dell'amministrazione pubblica (Ontario, 2005).

Tanto più infatti questa 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 l'utilizzo di strumenti complessi per la valutazione della performance e la predisposizione di mappe strategiche diventano essenziali (De Lancer, 2006). Le logiche del BSC rappresentano quindi un punto di partenza valido ma da sviluppare e adattare alla complessità dell'oggetto da monitorare.

L'esperienza del sistema di valutazione per la sanità toscana conferma la rilevanza e significatività che un sistema di misurazione multidimensio-

nale dei risultati può avere per migliorare la gestione e la performance per un sistema sanitario pubblico. Il cammino della ricerca si orienta oggi, grazie al patrimonio di dati e informazioni che ora sono a disposizione sulla performance conseguita negli ultimi anni dal sistema sanitario toscano, verso l'elaborazione di mappe strategiche capaci di orientare l'azione anche in termini predittivi sia del sistema nel suo complesso sia dei soggetti che lo costituiscono.

BIBLIOGRAFIA

1. Baraldi S., *Il balanced scorecard nelle Aziende sanitarie*, Mc Grow Hill, Milano, 2005, pp2-30.
2. De Lancer P.J. 2006, *Performance measurement, an effective tool for government accountability ? The debate goes on*, in Evaluation, vol12, num 2, pp 219-236, Sage publications, London.
3. Li-cheng Chang, *The Use of a Scorecard Approach for strategic Performance Measurement*, in National Health service: Limitations and Implications, W/P n. 68, KBS, University of Kent, 2004.
4. Mc Laughlin Curtis P, Kaluzny Arnold D., 2000, *Building client Centered Systems of Care*, in Health Care Management Review, vol.25, n.1, winter
5. Nuti S. 2007, *La valutazione della sanità toscana: Report 2006*, Edizione Ets Pisa.
6. Opat L.J., 1993, *The measurement of Health Service Outcomes*, Oxford Textbook of health care, London.
7. Otley D, 1999, *Performance management : a framework for management Control Systems Research* in Management accounting research, Vol 10, pp.363-382.
8. VEDUNG E., 1997, *Public policy and Program evaluation*, Transaction Publishers, New Brunswick
9. Zelman W. N., Pink G.H, Matthias C. B. , 2003, *Use of the balanced scorecard in Health Care*, Journal of health Care Finance, Summer 2003, pp.1-16.
10. The Ontario Health System Scorecard, Ministry of Health and Long Term Care, Ontario Canada, dec. 2005

VALUTAZIONI DELLE PERFORMANCE IN VENETO

Giancarlo Ruscitti*

Fernando Antonio Compostella - Direttore; Cinzia Bon; Evelino Perri; Silvia Vigna**

* Segretario regionale sanità sociale

** Arss Veneto - Agenzia regionale socio sanitaria del Veneto

La Regione Veneto è sempre stata sensibile nel promuovere attività di valutazione delle azioni e dei settori del proprio Sistema Socio Sanitario.

Un segnale forte dell'interesse per le attività di valutazione e monitoraggio del sistema in termini di caratteristiche, produzione, risposte ed impatti è l'articolazione organizzativa che sottende alla gestione di tali iniziative.

L'organizzazione prescelta, pur avendo come fulcro costante la Segreteria Sanità e Sociale, ha avuto uno sviluppo sia in senso verticale, nel senso di delega dell'attività di valutazione e monitoraggio a livelli sotto ordinati, sia in senso orizzontale nel senso di specializzazione su singoli settori degli attori coinvolti. Rispetto al primo punto, il livello di delega, la Regione e per essa, in ambito socio sanitario, la Segreteria Sanità e Sociale, distingue tre diversi interlocutori e, relativamente ad essi, tre diversi modi di interfacciarsi:

1. Osservatori Regionali;
2. Centri Regionali di Riferimento;
3. Agenzia Regionale Socio Sanitaria.

I primi, dedicati al monitoraggio di una specifica materia e alla produzione e diffusione di report/relazioni specifiche, sono di norma collocati presso un'Azienda sanitaria locale o un'Azienda

ospedaliera, con funzioni di raccolta dati e sviluppo di statistiche periodiche utili al governo in termini di programmazione e controllo di materie afferenti a specifiche direzioni regionali.

I Centri Regionali di Riferimento possono essere, oltre che dirette emanazioni di singole direzioni regionali della Segreteria Sanità e Sociale, anche dei nuclei organizzativi definiti all'interno di una o più Aziende sanitarie. Essi vanno al di là delle semplici attività di raccolta e analisi dati, propria di un'azione di monitoraggio, in quanto svolgono anche un'attività di supporto professionale ed operativo alla programmazione regionale, in un primo momento affiancando di fatto gli uffici dell'amministrazione regionale nella formalizzazione normativa degli indirizzi della politica regionale e, poi, svolgendo funzioni di capofila e di coordinamento a livello regionale nei confronti di tutte le unità operative delle diverse Aziende sanitarie incluse nel proprio ambito d'azione.

Il loro ruolo, quindi, è di rendere maggiormente partecipato il processo organizzativo e il governo di determinati settori ritenuti nevralgici sia per la loro specificità intrinseca sia per la loro rilevanza sistemica.

Il ruolo dell'Agenzia Socio Sanitaria Regionale, invece, è quello di supportare, in base alle proprie

competenze e sulla base delle indicazioni della Segreteria Sanità e Sociale, l'azione di sintesi di quanto prodotto dagli Osservatori, dai Centri e dalle stesse Direzioni regionali, al fine di avere una visione sistemica e organica delle performance del Ssr (Servizio Socio Sanitario Regionale).

In tal senso, il ruolo dell'Arss non è solo quello di procedere ad una somma piatta dei contributi di ogni parte, ma è quello di interrogarsi su chiavi di lettura nuove e integrate degli stessi che permettano di cogliere su diverse dimensioni non solo le relazioni tra le azioni di uno stesso settore ma anche e soprattutto tra quelle di settori diversi e di evidenziare le priorità da gestire sia in termini di sinergie da promuovere che di circoli viziosi da smorzare.

In termini di sviluppo orizzontale, i centri e gli osservatori sono stati tendenzialmente articolati sulla base dei seguenti assi:

- *fasce di utenza*, nel caso in cui l'interdisciplinarietà degli interventi su una fascia omogenea di popolazione/utenza è stata valutata come strategica alla risposta dei principali bisogni di salute della stessa (es. Osservatorio Regionale Della Patologia In Età Pediatrica);
- *patologia*, nel caso in cui il quadro epidemiologico regionale abbia reso evidente la crescente incidenza della stessa sulla popolazione di riferimento e il progressivo incremento dei conseguenti costi sociali, economici e non, derivanti da essa (per es. Registro regionale per la patologia cardio-cerebro-vascolare), oppure laddove le dimensioni della patologia assumano una massa critica non a livello Aziendale o provinciale ma a livello regionale e addirittura sovra regionale (per es. Centro regionale di riferimento regionale malattie rare);
- *rete di servizi o tipologia di intervento terapeutico*, nel caso in cui sia richiesto lo studio su diverse dimensioni, quali quella clinica, quella organizzativa e quella economica e il coordinamento finalizzato all'uniformità delle modalità di intervento (per es. Centro di coordinamento del sistema regionale di emergenza-ur-

genza, Centro di riferimento regionale sul Farmaco);

- *area funzionale*, nel caso in cui sia richiesta una metodologia unica e una fonte informativa univoca che produca in relazione alla funzione (per es. epidemiologia) risultati spendibili a livello regionale sul piano del confronto diacronico e sincronico degli stessi. (Centro regionale di coordinamento del Servizio Epidemiologico Regionale).

L'APPROCCIO

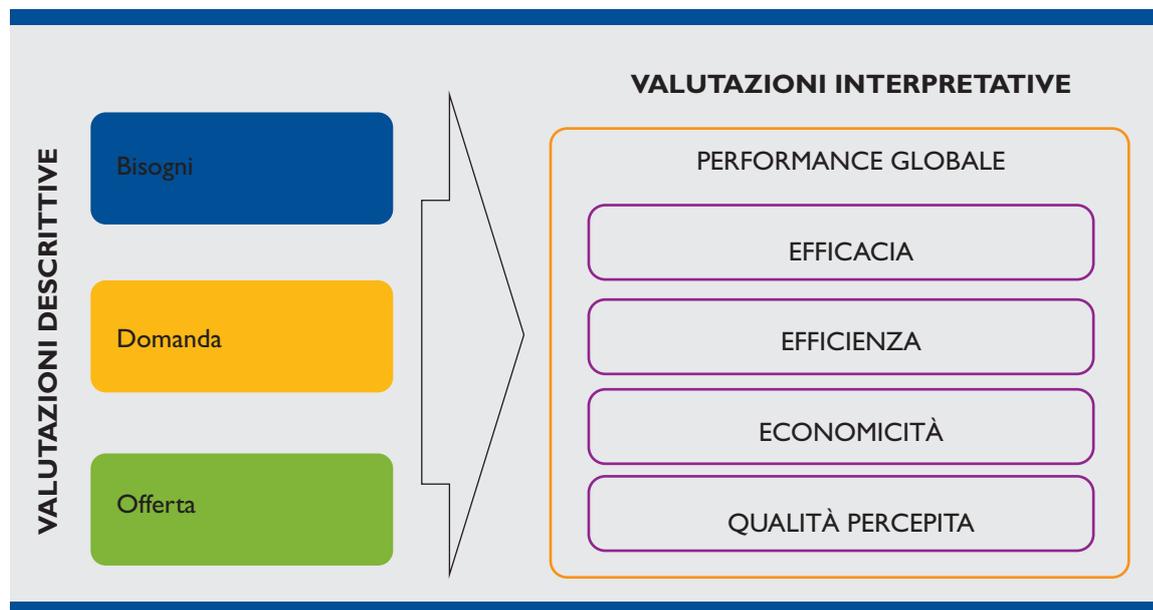
L'esemplificazione delle iniziative di valutazione inerenti il Ssr Veneto, passa per la seguente distinzione:

- valutazioni descrittive
- valutazione interpretative

Le prime valutazioni si riferiscono alla raccolta dati e alla presentazione delle informazioni relative alle entità costituenti un sistema sanitario:

- *bisogno*: dati che descrivono qual è e quale sarà il fabbisogno di salute della popolazione, sulla base dell'incidenza e della prevalenza delle patologie e la loro distribuzione sulla popolazione di riferimento anche in relazione a quelli che sono i fattori di rischio legati alle condizioni socio economiche e alle caratteristiche demografiche;
- *domanda*: intesa quale insieme di dati relativi al consumo e all'utilizzo di servizi e prestazioni socio sanitarie da parte dei cittadini, desumibili dai tracciati record dei flussi informativi prestazionali specifici (Drg, prestazioni ambulatoriali, prescrizioni farmaceutiche, ecc.);
- *offerta*; intesa quale insieme di dati relativi alla capacità potenziale e alla erogazione effettiva di servizi e prestazioni sanitarie e socio sanitarie, cioè la descrizione delle dotazioni della rete di offerta, come approssimazione della sua potenzialità di risposta ai bisogni della popolazione, e alla descrizione di ciò che è stato erogato dai singoli punti di erogazione.

Le seconde, quelle propriamente riconducibili alle valutazioni di performance, nascono, dallo stu-



dio integrato delle diverse dimensioni, riguardanti il bisogno, la domanda e l’offerta, con lo scopo di analizzare i livelli di:

- *efficienza*, definita come la capacità di conseguire i risultati minimizzando i costi o la capacità di massimizzare i risultati a parità di costi;
- *efficacia*, definita come la capacità delle attività di far raggiungere i risultati desiderati;
- *economicità*, definita come la sintesi di efficacia ed efficienza, poiché è la capacità dell’Azienda sanitaria di svolgere durevolmente la propria funzione di strumento della tutela e della promozione della salute del cittadino;

- *qualità percepita*, riferita alla percezione che sia gli utenti ma anche gli operatori hanno del proprio Sistema Socio Sanitario Regionale.

In sintesi, al di là degli assi previsti dall’ottica Aziendale, quali elementi basilari e distintivi di una performance, la Regione Veneto, per il proprio Sssr, sente sempre più importante l’aspetto della qualità percepita, sia da parte degli utenti che degli operatori, come fondamentale complemento della qualità oggettiva (efficienza, efficacia ed economicità), poiché di fatto nei servizi alla persona non sempre una buona pratica viene riconosciuta se chi ne è artefice od utente non la identifica come tale.

IL SISTEMA INFORMATIVO

La Regione del Veneto ha sempre dimostrato particolare sensibilità per il Sistema Informativo Socio Sanitario, dalla raccolta dei dati dell’attività ospedaliera, della psichiatria territoriale, della residenzialità extra-ospedaliera e dell’assistenza domiciliare integrata alla specialistica ambulatoriale. I flussi informativi generati dalle Aziende Sanitarie giungono alla Regione mediante la rete telematica del settore socio sanitario regionale e sono oggetto di attività di controllo secondo regole definite.

A partire da tali base-dati di gestione, si procede alla generazione di base-dati aggregate secondo le dimensioni di analisi rese disponibili per la navigazione multidimensionale, che sono fornite al sistema Olap di DataWarehouse

con i seguenti moduli disponibili:

- Sdo
- Specialistica Ambulatoriale
- Tempi di Attesa
- Spesa farmaceutica
- Rsa
- Assistenza Domiciliare
- Mortalità
- Cedap (Nati)
- Ivig
- Aborti Spontanei
- Esenzioni
- Malattie infettive

SEGUE

SEGUE - IL SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema consente la completa personalizzazione dei report prodotti sia per le dimensioni di analisi sia per l'universo di indagine e permette la navigazione multidimensionale delle base-dati.

Il Datawarehouse prevede l'integrazione a breve di altri moduli, quali:

- Psichiatria territoriale
- Invalidità civile
- Pronto Soccorso
- Farmaceutica ospedaliera
- Screening oncologico

Il progetto ha consentito di definire in modo univoco le variabili e gli indicatori per l'analisi dei dati e specificatamente per la produzione dei report di appropriatezza, dando contenuto operativo ai concetti introdotti dalla normativa

nazionale e regionale di riferimento.

Il sistema consente la generazione dinamica di mappe e grafici e la produzione e l'analisi, per tutte le basi informative, dei tassi grezzi e standardizzati.

All'applicazione accedono le Direzioni Regionali, i Centri di Riferimento Regionale e (dal 2005) tutte le Aziende Sanitarie del Veneto. Il servizio è erogato in modalità web sulle rete extranet regionale.

È in fase di predisposizione un ambiente di analisi "orizzontale" che utilizzando base-dati anonimizzate (a garanzia della privacy) permette l'aggregazione sull'utente delle informazioni di attività consentendo di dare supporto ad importanti funzioni quali quella del budget del mmg.

N.B Il testo è contenuto nel documento descrittivo della Direzione Risorse Sanitarie.

LE DIVERSE PROGETTUALITÀ

Nel presentare le diverse iniziative di valutazione del Sssr della Regione Veneto, lo si farà descrivendo in sintesi i contenuti e le modalità di produzione dei documenti da esse scaturiti.

La presentazione dei diversi documenti è stata articolata sugli assi componenti lo schema di analisi descritto, riconducendo ciascun lavoro, o meglio i suoi risultati, all'area della performance che in prevalenza risulti più attinente. In alcuni casi, quali quelli relativi a pubblicazioni complesse e di sistema, come per esempio la Relazione Regionale, si è proceduto riferendosi a singole sezioni degli stessi, che per materia trattata avevano una dignità propria, pertanto uno stesso documento potrebbe essere riproposto in più tabelle tematiche.

Le valutazioni fatte rispetto alle performance del Sssr non sempre sono nettamente riconducibili alla schematizzazione proposta, poiché di fatto in-

dagano dimensioni che sono proprie di un sistema sanitario ma non del generico mondo Aziendale; pertanto si è operato per sillogismo riconducendone i risultati alle singole dimensioni Aziendalistiche. A titolo esemplificativo, nello specifico, si ritiene che valutare e incentivare l'appropriatezza organizzativa voglia dire prevalentemente mirare ad utilizzare al meglio risorse e strutture e quindi tendere verso l'efficienza del sistema. Lo stesso si può sostenere per l'accessibilità, che, in quanto misura del potenziale di risposta in termini di tempi e luoghi a determinati bisogni, rispecchia più che altro una leva fondamentale dell'efficacia del sistema, e così via. La seguente elencazione delle progettualità regionali relative alle valutazioni delle performance del Sssr non vuol essere esaustiva, ma solo dare un'indicazione rappresentativa, tramite la descrizione delle iniziative più significative e sistematiche, della complessiva azione regionale.

BISOGNI

Documento	Autori	Ambito Geografico	Tipologie indicatori presentati	Tempi	Anno di pubblicazione	Anno di riferimento
Relazione Regionale	Direzione Risorse Socio Sanitarie	Profilo demografico - epidemiologico	Indicatori demografici epidemiologici	Indice di vecchiaia, tassi di ospedalizzazione	2007	2004-2005
Mortalità per provincia	Ser	Tassi di mortalità	Indicatori epidemiologici	Tassi di mortalità per genere e per causa	2007	1996-2006
Analisi dell'Incidenza dei Tumori nelle singole province	Registro Tumori	Tumori	Indicatori epidemiologici	Incidenza, mortalità e sopravvivenza per sede e area	2006	2001 (2005)
Le droghe nel Veneto	Osservatorio regionale sulle Dipendenze	Dipendenze	Indicatori epidemiologici	Uso di sigarette nei giovani e nei genitori in base all'età e al genere - percentuale	2006	2006

La descrizione della salute in termini di bisogno espresso della popolazione permette la valutazione degli interventi programmatori in termini di definizione di un'offerta di servizi sanitari più appropriati ed efficienti.

La *Relazione Socio Sanitaria Regionale* è il documento redatto dalla Giunta Regionale del Veneto - Segreteria Sanità e Sociale - Direzione Risorse Socio Sanitarie con cadenza annuale.

La prima parte della relazione è dedicata alla descrizione delle dinamiche demografiche ed epidemiologiche osservabili in ambito regionale.

Viene delineato il quadro demografico e la composizione della popolazione veneta attraverso i tassi di natalità, mortalità, indice di vecchiaia e altri indicatori demografici. Vengono poi presentate delle analisi per tipologie di patologie più frequenti e significative ricavate dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera. Alcuni esempi sono il tasso standardizzato di ricovero per scompenso cardiaco, la porzione di soggetti con infarto acuto del miocardio, il rapporto standardizzato dei soggetti con infarto acuto del miocardio assistiti in setting intensivo o specialistico. Altri aspetti specifici considerati nella sezione del documento sono la dimensione e il trattamento

del diabete mellito e le attività e i risultati del registro nascite regionale.

Per un quadro più completo dei bisogni di salute della popolazione veneta è importante valutare i dati relativi alle cause di morte che sono i primi e più consolidati elementi per descrivere e misurare lo stato di salute di una popolazione, per analizzarlo nel tempo e per confrontarlo con quello di altre popolazioni.

Il Servizio Epidemiologico Regionale, che gestisce l'archivio delle schede di morte regionale, produce un documento che descrive la mortalità per provincia in una serie di dieci anni attraverso i tassi di mortalità standardizzati per età e sesso, numero di decessi e mortalità proporzionale per causa, tassi annuali medi di mortalità per causa, anni di vita persi per causa.

Il dettaglio provinciale, reso necessario dalle diversità presenti nel territorio come conformazioni ambientali diverse, livelli di urbanizzazione difformi, strutture della popolazione differenti per età e presenza di immigrati, permette, tuttavia, di individuare aree di criticità che diversamente non potrebbero essere apprezzate da un unico indicatore regionale. I dati di mortalità costituiscono un'importante fonte di conoscenza dello stato di

salute della popolazione, infatti, possono fornire indicazioni utilizzabili sia per comprendere l'origine e l'andamento di determinate patologie nella popolazione, sia per la programmazione delle attività di sanità pubblica e di assistenza sanitaria. Il quadro dei bisogni è in parte composto dal Rapporto prodotto dal Registro Tumori del Veneto sull'*Analisi dell'Incidenza dei Tumori nelle singole province*.

Tale documento indica il quadro regionale delle patologie neoplastiche attraverso l'analisi del numero medio di casi incidenti per anno, dei tassi di incidenza per classi di età e sesso, del numero medio di decessi per anno, dei rapporti standardizzati di incidenza (Sir), dell'analisi dell'andamento nel tempo dell'incidenza, del numero di casi incidenti, dei tassi di incidenza grezzi, standardizzati e cumulativi, del numero di casi incidenti per sesso, sede e classi di età quinquennali, dei tassi specifici di incidenza per sesso, sede e clas-

si di età quinquennali.

Un riferimento importante nella conoscenza dei bisogni della popolazione veneta è stato fornito anche dal rapporto "Droghe nel Veneto", prodotto dall'Osservatorio Regionale Sulle Dipendenze, che per il 2006 ha contribuito a:

- la valutazione dei bisogni percepiti dai cittadini della Regione Veneto in merito alla prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti;
- l'analisi dei risultati sul livello di penetrazione delle campagne di comunicazione sociale;
- l'analisi dei comportamenti e delle scelte rispetto all'uso di sostanze;
- la valutazione del consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione generale e nei giovani;
- l'analisi comparativa delle indagini epidemiologiche a livello nazionale e della Regione Veneto sull'assunzione di sostanze stupefacenti nei giovani.

DOMANDA

Relazione Regionale	Direzione Risorse Socio-Sanitarie	Tassi di utilizzo servizi sanitari	indicatori di attività	Percentuali utenti in carico a vari servizi, tassi di ospedalizzazione	2007	2004-2005
Specialistica Ambulatoriale	Direzione servizi sanitari, Arss	Tassi di utilizzo specialistica ambulatoriale	indicatori di attività	indice di dipendenza delle strutture dalla popolazione, indice di consumo	2007	2006
Prescrizioni farmaceutiche	Unità di informazione sul Farmaco	Prescrizioni farmaceutiche	indicatori di attività	Utilizzo, consumo e spesa dei farmaci	2007	2005-2006
Riasso Informativo Assistenza Territoriale psichiatrica	Direzione Risorse Socio-Sanitarie, Ser	Assistenza psichiatrica territoriale	indicatori epidemiologici	Casistica trattata per sesso, età e cause	2007	2006

La domanda di servizi sanitari è la risposta a un bisogno avvertito, espresso e soddisfatto. La descrizione del quadro epidemiologico non coincide con l'utilizzo dei servizi sanitari, ma la valutazione dei tassi di utilizzo dei diversi servizi e prestazioni e il numero di utenti presi in carico dal sistema possono delineare la domanda espressa, e confrontando quest'ultima con i bisogni di salute si possono rilevare eventuali inapproprietezze.

La *Relazione Socio Sanitaria Regionale* affronta la tematica della presa in carico dei diversi servizi di assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. In particolare si analizzano, per quanto riguarda l'assistenza distrettuale, le percentuali di utenti presi in carico dai servizi di assistenza territoriale domiciliare e integrata e dai Sert, mentre, a titolo di esempio, per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera vengono analizzati i Drg più frequenti.

L'analisi specifica, a solo utilizzo interno, della Direzione Servizi Sanitari sulla Specialistica Ambulatoriale produce indicatori specifici relativi all'attività di specialistica ambulatoriale quali:

- l'indice di consumo, che si definisce come il rapporto tra il numero delle prestazioni ambulatoriali consumate dai residenti in una data popolazione (regione, Azienda Usl, distretto, ecc.) e la stessa popolazione residente. Que-

sto indice esprime genericamente il numero di prestazioni verificatesi per unità di popolazione. In quanto tale, esso misura la risposta data ad una domanda generica, ovvero l'uso dell'ambulatorio da parte della popolazione.

Questa tipologia di analisi risulta particolarmente interessante per individuare i casi di domanda inappropriata che vengono evidenziati in quanto si discostano maggiormente dal comportamento ritenuto "accettabile".

- l'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ambulatoriali che esprime, percentualmente, a quale Azienda una data popolazione si rivolge per l'assistenza ambulatoriale. L'indice di dipendenza delle strutture ambulatoriali dalla popolazione delle Aziende Usl esprime, percentualmente, per ciascuna Azienda erogatrice, la provenienza dei propri utenti, ed è un indicatore della capacità di attrazione di una struttura ambulatoriale.

Un altro documento di rilevanza regionale che descrive una specifica domanda di servizi sanitari è il *Report sull'Assistenza Territoriale Psichiatrica*. L'obiettivo del documento è monitorare per singole Aziende Ulss le casistiche trattate e le tipologie di strutture in cui vengono erogate le diverse prestazioni.

Tuttavia non tiene conto delle caratteristiche e

degli elementi del contesto territoriale come il profilo demografico, l'organizzazione dei servizi e l'offerta assistenziale per cui è difficile poter fare delle analisi a livello Aziendale ma viene comunque effettuato un quadro a livello regionale delle patologie trattate.

Per questa tipologia di dato viene utilizzato un flusso regionale specifico di prossima integrazione nel datawarehouse regionale.

Il *Rapporto regionale sulle prescrizioni farmaceutiche*, attraverso la banca dati Sfera per ciascuna Azienda Ulss, considera tutte le ricette a carico del Ssn spedite nelle farmacie dell'Azienda in esame (senza individuare l'Azienda di appartenenza di prescrittore e assistito), la tipologia del medico e le caratteristiche della popolazione trattata. Questo fa sì che i dati ottenuti siano utili per descrivere l'andamento dei consumi farmaceutici e la prevalenza dei trattamenti nelle singole Aziende, ma

siano scarsamente utilizzabili per qualsiasi intervento mirato a migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni. Mancano i consumi territoriali relativi a farmaci acquistati dalle Aziende Ulss e distribuiti direttamente dalle Aziende stesse oppure attraverso le farmacie mediante accordi con la distribuzione intermedia e finale (distribuzione per conto).

Vengono però individuati gli indicatori farmaco-epidemiologici come la prevalenza d'uso di farmaci (dosi consumate mediamente ogni giorno ogni 1000 abitanti) e gli indicatori farmaco-economici (spesa lorda, sia complessiva che suddivisa per gruppo terapeutico e principio attivo, rilevata dalle ricette spedite in farmacia applicando il prezzo al pubblico dei farmaci e le confezioni prescritte, sia complessive che suddivise per gruppo terapeutico e principio attivo, rilevate anch'esse dalle ricette spedite in farmacia).

OFFERTA

Occasione	Azienda	Area Curata	Tipologia indicatori previsti	Campi	Anno pubblicazione	Anno di riferimento
Relazione Regionale	Direzione Risorse Socio Sanitarie	Assistenza offerta	Indicatori di attività	Strutture e servizi offerti, tipologia di attività	2007	2004-2005
Sistema trapianti	Centro Regionale Trapianti	Attività trapianti	Indicatori di attività	Trapianti effettuati per organo e area	2007	2003-2006
Registro Regionale Sangue	Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali	Prodotti e prestazioni in ambito trasfusionale	Indicatori di attività	Attività trasfusionale di piastrine da aferesi		2007
Registro Regionale Emoderivati	Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali	Prodotti e prestazioni in ambito trasfusionale	Indicatori di consumo e di spesa	Consumo di emoderivati da mercato		2007
Lotta al dolore	Osservatorio regionale per le cure palliative e la lotta al dolore	Cure Palliative	Indicatori qualitativi	Presenza di sistemi di valutazione del dolore, consulenza algologica, formazione	2007	2005-2006
Relazione popolazione detenuta	Ars e Direzione servizi sanitari	Servizi sanitari a popolazione detenuta	Indicatori di attività	Accessi e costi attività sanitaria per detenuti	2007	2005-2006

Il mercato sanitario è influenzato da una forte asimmetria informativa dovuta principalmente alla mancanza di informazioni precise, da parte del paziente, circa il suo effettivo stato di salute, sul tipo e sulla quantità di trattamento necessario e disponibile, sull'efficacia, gli effetti collaterali e il costo dei vari trattamenti possibili. Per questi motivi la formulazione della domanda dipende in larga parte dai fornitori di servizi, più che da chi ne usufruisce. Tale particolarità impone la necessità di uno studio dedicato all'offerta dei servizi socio sanitari sia in termini di rete che di prestazioni erogate.

A questo proposito la *Relazione Socio Sanitaria Regionale* propone un'analisi dell'attuale sistema di offerta confrontato con i bisogni e la domanda al fine di definire anche interventi regolatori.

I servizi sanitari e le prestazioni offerte sono descritte secondo i tre macrolivelli di assistenza: l'attività di prevenzione, quella distrettuale e quella ospedaliera.

Nelle attività di prevenzione viene descritta la copertura vaccinale, la sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, l'igiene degli animali della nutrizione e delle acque, la sanità animale, il servizio igiene pubblica e sicurezza sul lavoro.

Le principali malattie infettive vengono analizzate per copertura vaccinale, andamento dell'incidenza di morbillo, sindrome influenzale per classi di età sotto i 15 anni e anziani sopra i 64, prevalenza di malaria e Hiv suddivisa per fattori di rischio.

La descrizione della igiene degli alimenti, della nutrizione e delle acque è finalizzata a impedire che prodotti non idonei al consumo umano arrivino al consumatore finale. In particolare sono riportate le unità analizzate, il numero di infrazioni, i provvedimenti emessi. Altre analisi sono relative a controlli su Bse e altre malattie animali nei vari allevamenti.

Per quanto riguarda il servizio di Igiene pubblica sono descritte le attività e gli accertamenti sanitari riguardanti i prodotti fitosanitari, tatuaggi, igiene delle piscine, invalidità civile, polizia mor-

tuaria, cremazione, radioprotezione.

Infine l'ultima sezione della relazione sull'attività di prevenzione riguarda la sicurezza sul lavoro: numerosità degli infortuni sul lavoro per settori produttivi, analisi delle principali malattie professionali per territorio e anno.

Nella sezione riguardante l'assistenza distrettuale e i servizi sociali si analizzano le attività in ambito di:

- medicina convenzionata di assistenza primaria (numero di medici di assistenza primaria, esperienze di medicina in rete, in gruppo e in associazione);
- assistenza territoriale domiciliare e attività riabilitativa, nel dettaglio obiettivi di copertura e copertura reale per tipologia di pazienti (riabilitativa, infermieristica, programmata, Adi-Med, Adi-Hr) per età e tipologie trattate;
- servizi sociali (assistenza domiciliare e domiciliare integrata, beneficiari degli assegni, utenti collegati al telesoccorso, posti letto residenziali per autosufficienti e non autosufficienti, servizi territoriali, e residenzialità per disabili e progetti individuali di sostegno alla domiciliarità);
- dipendenze e assistenza territoriale, psichiatria territoriale, prevenzione oncologica (numero di operatori che si occupano delle dipendenze, numero di utenti presi in carico per servizi di sostegno alle dipendenze e assistenza psichiatrica territoriale e infine tassi di adesione alla prevenzione oncologica territoriale per tipologia di screening).

Infine per l'assistenza ospedaliera vengono riportate le tipologie di ricoveri in regime ordinario e diurno, il piano sangue, le attività di trapianto e l'assistenza farmaceutica.

Il *Rapporto annuale del Centro Regionale Trapianti* descrive le attività a favore dei trapiantati, il numero di donatori effettivi e utilizzati, le classi d'età dei donatori, le attivazioni dei servizi di secondo livello, le liste di attesa, la sopravvivenza, le attività di supporto psicologico e la formazione. La fonte principale utilizzata per le elaborazioni è il registro trapianti regionale.

Il rapporto oltre ad evidenziare le attività di produzione descrive anche il livello qualitativo dell'offerta e delinea le linee di miglioramento.

Il Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali (Crat) è responsabile, invece, per la gestione del Registro Regionale Sangue, relativo all'attività trasfusionale Aziendale e regionale, nato con la finalità di permettere la compilazione del Registro Sangue Nazionale e di creare un flusso informativo stabile per la conoscenza dei dati di attività trasfusionale.

Esso contiene i dati di attività trasfusionale in termini di dati di raccolta e distribuzione relativi alla gestione dei donatori, delle aferesi, delle unità di sangue e del plasma e delle altre attività trasfusionali.

Ulteriore prodotto del Crat è il Registro Regionale Emoderivati, relativo ai consumi rilevati nelle Aziende Sanitarie regionali di emoderivati da conto lavorazione (Accordo Interregionale Plasmaderivazione) e da mercato in termini quantitativi e di spesa.

I Dati vengono forniti dalle Farmacie Ospedaliere e Territoriali delle Aziende Sanitarie Regionali attraverso fogli di calcolo all'uopo predisposti (dati di acquisto, di consumo e di spesa).

Tale attività ha la finalità di integrare i dati sull'attività trasfusionale forniti dai Servizi Trasfusionali con la compilazione del Registro Sangue, permettendo di confrontare i costi di acquisto sul mercato con gli importi della tariffazione degli emoderivati prodotti in conto lavorazione, al fine di supportare i Comitati per il buon uso del sangue in termini di appropriatezza d'uso degli emoderivati. Altri due documenti, *La lotta al dolore in Veneto. Stato di attuazione della Dgrv 309/2003*

e *Le cure palliative in Veneto. Stato di attuazione della Dgrv 2989/2000* prodotti dall'Osservatorio regionale per le cure palliative e la lotta al dolore analizzano un aspetto qualitativo dell'offerta, vale a dire come la rete regionale per la promozione della lotta al dolore offre la garanzia del trattamento antalgico ai cittadini della Regione e ai malati in tutte le strutture di cura.

In particolare, il primo dei due documenti analizza lo sviluppo dei programmi di cure palliative, l'assistenza di cure palliative oncologiche, la quantificazione del personale occupato in cure palliative (escluso hospice), la rete degli hospice, l'attivazione dei nuclei di cure palliative; inoltre offre alcune riflessioni sullo sviluppo del programma Aziendale di cure palliative e sull'attività del nucleo di cure palliative pediatriche presso il Dipartimento di Pediatria dell'A.O. di Padova. Le aree di indagine del secondo documento invece sono: l'attivazione del Comitato Aziendale contro il dolore (Cacd), lo sviluppo di attività formative su temi attinenti la valutazione ed il trattamento del dolore, il monitoraggio delle attività di partoanalgesia (LR 25/2007), la consulenza algoritmica, la presenza presso le Aziende sanitarie di referenti per la valutazione ed il trattamento del dolore. Un ulteriore elemento di valutazione dell'offerta dei servizi sanitari importante, ma che non sempre è oggetto di analisi, è l'assistenza ai detenuti. La *Relazione popolazione detenuta*, un rapporto curato dall'Arss, descrive il fenomeno dell'assistenza ai detenuti ponendo l'attenzione sul volume e le tipologie di ricoveri per popolazione detenuta e sui costi dell'assistenza.

EFFICACIA

Documento	Aree	Ambito Centrale	Tipologie indicatori preventivi	Tempi	Anni pubblicazioni	Area di riferimento
Rapporto su Misure di Efficacia, Accesso, Sicurezza ed equità	Arss	Qualità degli esiti e dei processi clinici	Indicatori di esito-attività	Indicatori di mortalità per procedure, di utilizzo, territoriali, di sicurezza, pediatrici, di associazione tra volume e esito	2007	2000-2005
La misurazione quantitativa dell'accesso	Arss	Accesso ai servizi sanitari	Indicatori di attività-qualitativi	Percentuale di popolazione che raggiunge varie tipologie di strutture entro predefiniti limiti di tempo, mediante accesso passivo (mezzo ambulanza o elicottero) o accesso attivo (mezzo proprio)	2008	2006
I programmi di Screening oncologici	Registro tumori Veneto e Iov	Programmi di screening	Indicatori di attività	Percentuali adesioni programmi di screening, tempestività della risposta, tassi di identificazione	2007	2003-2005
Analisi SDO	Direzione Risorse Socio Sanitarie	Ricoveri ospedalieri	Indicatori di attività	Ricovero non appropriato, ricovero ripetuto, ricoveri fuori soglia	2008	2007
Tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali	Direzione Risorse Socio Sanitarie	Specialistica ambulatoriale	Tempi di attesa	I tempi medi per la totalità delle prestazioni considerate		2006
Sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi	ARSS	Rischio Clinico	Incidenza degli eventi avversi			2006
Resoconto semestrale sulla segnalazione spontanea	Centro Regionale sul Farmaco Unità di Farmacovigilanza	Prestazioni farmaceutiche	Incidenza delle segnalazioni delle reazioni avverse			2007

La complessità e la problematicità dell'analisi dell'efficacia in campo sanitario è evidente ma ci sono tipologie di analisi che riescono per lo meno a evidenziare, sia pure in modo approssimativo, alcuni aspetti. Nel *Rapporto su Misure di Efficacia, Accesso, Sicurezza ed Equità* vengono analizzati per varie diagnosi e procedure, il rischio di decesso nel corso di degenze nell'ambito del Ssr e di singole strutture. Inoltre, vengono prese in considerazione le frequenze dei ricoveri per ospedalizzazioni prevenibili nelle popolazioni residenti all'interno dei confini delle Ulss. I metodi di ricerca statistica che sono stati utilizzati permettono di evidenziare importanti differenze negli esiti, in particolare sulla probabilità aggiustata di de-

cesso intraospedaliero. L'analisi è un contributo importante per comprendere e approfondire i fattori che determinano la variabilità negli esiti e l'utilizzo di procedure diverse e quindi l'efficacia del sistema.

Le fonti utilizzate per questa ricerca sono le schede di dimissione ospedaliera, le schede di morte, il registro tumori, il Gise, il Db-Sicch, il National Cancer Institute.

Un'altra dimensione complementare all'efficacia è l'accesso inteso come possibilità per il paziente di ottenere cure nel luogo e nel tempo adeguato, in base ai bisogni. Alcuni indicatori contenuti nel rapporto vanno proprio a studiare se esistono pazienti esclusi da un procedimento terapeutico.

tico a cui avevano diritto. Il sovra o sotto utilizzo di alcuni interventi per i quali non sussista l'indicazione terapeutica evidenzia problemi importanti di equità e appropriatezza nell'utilizzo e nell'accesso ai servizi. I casi studiati nel rapporto sono ad esempio il by pass aortocoronarico, il taglio cesareo, l'angioplastica. Vengono inoltre analizzate le dimensioni della tempestività e dell'accessibilità per alcuni trattamenti di patologie per le quali una buona assistenza extraospedaliera può prevenire l'ospedalizzazione quali ad esempio il diabete, alcune malattie circolatorie come l'ipertensione arteriosa, malattie respiratorie (malattia ostruttiva coronarica polmonare e asma) e condizioni acute come disidratazione e appendicite perforante. Anche il *Rapporto Misurazione quantitativa dell'accesso* (anch'esso prodotto dall'Arss) va ad analizzare la stessa dimensione ma in un'ottica diversa, sotto l'aspetto della disponibilità fisica (presenza o assenza) del servizio stesso. Tuttavia oltre alla presenza deve essere garantito anche l'accesso alla struttura. A questo proposito il report va proprio a misurare quantitativamente il tempo di accesso attivo (diretto) e passivo (con l'attivazione di servizi di emergenza) a strutture che rispondono a specifiche esigenze.

Il principale indicatore che se ne ricava è la percentuale di popolazione che raggiunge le varie tipologie di strutture entro predefiniti termini di tempo quantificando così l'accesso reale alle strutture. Un ulteriore documento che riesce a valutare i reali risultati ottimali degli interventi e delle attività svolte è il *Rapporto sui programmi di screening oncologici*. Infatti vengono presentati alcuni indicatori relativi agli screening utili per la valutazione della loro efficacia in termini sia di processo (come il raggiungimento della popolazione, target, tempi di risposta, frequenza test inadeguati) sia di esito (individuazione del tumore in fase precoce). I tre screening oncologici per cui sono attivati programmi che mirano a coprire tutto il territorio regionale (citologico, mammografico e colonrettale) coinvolgono quote rilevanti di popolazione per cui la valutazione della loro

efficacia risulta essere particolarmente importante dato anche il grande sforzo in termini organizzativi e finanziari. Dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera (Sdo) si possono inoltre produrre indicatori sull'appropriatezza dei ricoveri. Questi indicatori sono calcolati e disponibili per tutte le Aziende sanitarie nel report annuale ricavato dal datawarehouse regionale. Tra questi ci sono ad esempio: i ricoveri ordinari potenzialmente non appropriati (i ricoveri ordinari di durata uguale o inferiore a 3 giorni e 2 notti, per pazienti di età maggiore di 6 anni, attribuiti a Drg medici) la percentuale di giornate outliers (totale giornate di degenza oltre il valore soglia definito dalla normativa vigente in materia di tariffazione sul totale giornate di degenza prodotte dall'Azienda), i ricoveri ripetuti (ricoveri che avvengono in un intervallo di tempo inferiore o uguale a 30 giorni nello stesso Presidio, per i quali la categoria della diagnosi principale del secondo ricovero sia la categoria di una delle sei diagnosi di dimissione del ricovero precedente) e dimessi da reparti chirurgici con Drg medico. Il datawarehouse regionale produce un altro importante ritorno, quale i tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali; infatti, in attesa che il flusso della specialistica ambulatoriale denominato Sps arrivasse alla piena operatività, è stata attivata una procedura per la rilevazione dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali denominata Taps (Tempi Attesa Prestazioni Specialistiche). Tale flusso rileva, per ogni ricetta, tutta una serie di dati che consentono un livello di conoscenza ed analisi molto approfondita sull'Assistenza Specialistica Ambulatoriale, in grado di fornire risposte alle richieste informative a tutti i livelli (Aziendale, regionale e nazionale). L'Agenzia Regionale Socio Sanitaria ha coordinato la sperimentazione di un sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi in Aziende sanitarie pubbliche del Veneto.

Il sistema di "incident reporting" sperimentato si è basato sulla segnalazione spontanea dell'evento, inteso come accadimento connesso ad un in-

successo rilevato dagli operatori attraverso una scheda di segnalazione. È necessario precisare che l'obiettivo dei sistemi di segnalazione spontanea degli eventi critici non è quello di raccogliere dati di tipo epidemiologico esatti, in quanto molti avvenimenti possono essere non riconosciuti o non segnalati, ma è piuttosto quello di ottenere dati di tipo qualitativo per l'individuazione delle aree di criticità e l'attivazione di percorsi di miglioramento e di diffusione di una cultura della sicurezza. Dall'analisi degli eventi segnalati sono emerse: le tipologie di eventi più segnalati (inadeguata prescrizione/somministrazione di farmaco, inadeguata prestazione assistenziale, malfunzionamento/malposizionamento di dispositivi/apparecchiature, inesattezza di dati pazien-

te/lato/sede), i macrofattori che hanno contribuito all'evento, il livello di gravità degli eventi segnalati (da 1 a 8), nonché la stima della possibilità di riaccadimento degli eventi segnalati rispetto al livello potenziale di gravità degli esiti. Le segnalazioni volontarie sono alla base anche del resoconto che viene prodotto semestralmente dal Centro Regionale sul Farmaco Unità di Farmacovigilanza; infatti, i dati provengono dalle segnalazioni di reazioni avverse inviate da medici, farmacisti, infermieri e altri operatori sanitari della Regione. Le schede vengono analizzate singolarmente attribuendo un giudizio di causalità farmaco/reazione segnalata e di notorietà delle reazioni (presenza nel foglietto illustrativo del farmaco). I dati vengono poi analizzati per la

EFFICIENZA

Obiettivo	Azienti	Attività Sanitarie	Indicatore	Descrizione	Anno di riferimento	Anno di riferimento
Ricognizione del sistema di produzione di prestazioni di medicina di laboratorio e microbiologia	Arss	Medicina di laboratorio	Indicatori di attività- economico finanziari	Numero prestazioni, costo medio per ora lavorate, percentuale urgenze su volumi produttivi aziendali, numero prestazione per abitante	2007	2005
Benchmarking processi approvvigionamento e logistica	Arss	Gestione degli acquisti e della logistica	Indicatori di attività e produzione	Numero righe di carico /fte, numero bolle di consegna/fte	2007	2006
Evoluzione dei servizi tecnico-amministrativi in ambito di area vasta	Arss	Processi tecnico amministrativi	Indicatori di attività	Fte personale, outsourcing e consulenze per processo analizzato	2007	2006
Appropriatezza trasfusionale - valutazione sul DRGs	Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali	Prodotti e prestazioni in ambito trasfusionale	Indicatori di attività - economico finanziari	Utilizzo per singolo episodio di ricovero		2007
Analisi economica dei dipartimenti delle dipendenze	Osservatorio Regionale sulle Dipendenze	Attività dipartimenti di prevenzione	Indicatori di attività - economico finanziari	Costi sociali del fenomeno della tossicodipendenza, consumi e costi dei farmaci per i trattamenti presso i dipartimenti delle dipendenze, valutazione dell'outcome e valorizzazione economica dell'efficacia dei trattamenti	2006	2003-2005

ricerca dei “segnali”, intesi come associazioni farmaco-reazione non note o poco conosciute in precedenza. Nell’analisi dei segnali i dati vengono anche confrontati con quanto rilevato nelle altre Regioni, in particolare con quelle che fanno parte del Gruppo Interregionale di Farmacovigilanza.

Il resoconto prevede una prima parte descrittiva sull’andamento delle segnalazioni in Veneto nelle singole Asl, fornendo nel dettaglio la suddivisione dei vari campi, e una seconda parte relativa all’analisi dei segnali. Estratto di questo resoconto viene inviato anche ai Responsabili di Farmacovigilanza delle Asl/Aziende Ospedaliere.

All’interno del sistema sanitario caratterizzato dall’aumento della spesa e da modesti miglioramenti dello stato di salute diventano sempre più necessari la valutazione dell’efficienza e l’analisi di nuovi scenari e organizzazioni che permettano un utilizzo più efficiente delle risorse.

Il documento *Ricognizione del sistema di produzione di prestazioni di medicina di laboratorio e microbiologia* descrive attività e costi per tipologia di prestazioni di medicina di laboratorio e ipotizza 3 tipologie di scenari per il miglioramento dell’efficienza. Nel dettaglio lo studio descrive la mappatura delle strutture erogatrici pubbliche di medicina di laboratorio relativamente ai volumi di produzione, ai bacini d’utenza, alle quantità di personale utilizzate e alla struttura dei costi, la valutazione qualitativo-economica e clinico organizzativa dei risultati e infine la formalizzazione di potenziali scenari di concertazione e/o riorganizzazione con valutazione dell’impatto per il Ssr. Sono stati calcolati indicatori di struttura (n. laboratori su presidi, n. medio di addetti per 100.000 abitanti, n. strutture complesse su n. di presidi), indicatori economici (valore medio per prestazione prodotta, costo medio per unità equivalente di personale, costo medio materiale sanitario e tecnologia per prestazione prodotta), indicatori di appropriatezza (% urgenze su totale volumi produttivi, % urgenze su richieste per ricoveri e pronto soccorso, n. prestazioni per abi-

tante ecc.), indicatori di produttività (n. prestazioni per addetto, n. medio di ore per addetto ecc.). Nella parte finale del documento infine vengono ipotizzati degli scenari per evidenziare possibili miglioramenti economici derivanti dall’applicazione di modelli organizzativi diversi da quelli della situazione odierna e vengono evidenziati i punti di forza e di debolezza del sistema attuale. Sono stati considerati ulteriori ambiti per prospettare riorganizzazioni in termini di efficienza, in particolare nell’ambito del progetto *Azioni per l’avvio, in ottica di area vasta, di attività finalizzate alla razionalizzazione ed all’integrazione dei processi gestionali tecnico amministrativi tra Aziende del Ssr* è stato dato impulso al processo di riorganizzazione sovra Aziendale dei servizi tecnico – amministrativi delle Aziende Sanitarie Venete, con priorità assegnata alle attività di approvvigionamento e logistica (movimentazione, stoccaggio e distribuzione) dei beni di consumo, sanitari e non sanitari.

Attraverso uno studio e numerosi documenti di lavoro interni è stata analizzata la prospettiva della misurazione delle performance includendo una serie di attività finalizzate a creare uno specifico sistema di indicatori e un opportuno set di dati in grado di evidenziare i livelli di servizio forniti e l’efficienza dei processi di approvvigionamento e logistica erogati. A questo proposito attraverso un questionario di benchmarking sui processi di logistica e approvvigionamento sono stati identificati: il range prestazionale esistente tra le diverse entità (unità operative) segnalando eventuali gap da colmare e le soluzioni organizzative e tecnologiche (prassi) adottate dalle diverse entità e correlate alle prestazioni misurate.

Sempre nell’ambito delle attività di studio in ottica di area Vasta è stato avviato uno studio sull’evoluzione dei servizi tecnico-amministrativi nelle Aziende sanitarie con la finalità di rilevare la quantità di personale impiegato nelle attività tecnico amministrative, fornire stime sufficienti a valutare numerosità e costi del personale anche alla luce delle esternalizzazioni di servizi già in

essere, avviare alcune modalità di lettura dell'organizzazione sulla base della metodologia per processi più che per funzioni, definire e condividere una classificazione omogenea regionale delle attività tecnico amministrative e delle unità organizzative/servizi che le presiedono. A tal fine sono state individuate le attività tecnico amministrative, mappati i processi e valorizzati in impiegati (tempo pieno equivalente) e fatta un'analisi di valutazione per la valorizzazione del personale impegnato nei singoli processi tecnico amministrativi al fine di una valutazione di organizzazione più efficiente.

Il Crat, a livello di studio pilota, per il 2007, ha determinato l'utilizzo e il costo dei prodotti trasfusionali per singolo episodio di ricovero (Drg) al fine di produrre un benchmarking Aziendale e regionale. La determinazione della quota dell'attività trasfusionale imputabile per Drg consentirà la costruzione di un benchmarking dell'utilizzo degli emocomponenti sulle prestazioni ospedaliere per la valutazione dell'uso appropriato dei prodotti trasfusionali per episodio di ricovero, qualificando l'attività dei Servizi Trasfusionali della Regione del Veneto.

In prospettiva quindi si avrà la definizione, a fini programmatori, sulla base dei Drg trattati, del numero di prestazioni di tipo trasfusionale necessarie alla garanzia dell'erogazione dei Lea in ambito ospedaliero. Un altro ambito nel quale è stata svolta un'analisi dei costi al fine di una valutazione sull'uso più efficiente delle risorse è contenuta nel documento *Analisi economica dei dipartimenti delle dipendenze*. Nello studio viene fatta la macroanalisi degli investimenti e dei costi del sistema regionale veneto delle dipendenze, rappresentazione e valorizzazione dell'output (prestazioni erogate in ambito territoriale), costi sociali del fenomeno della tossicodipendenza, consumi e costi dei farmaci per i trattamenti presso i dipartimenti delle dipendenze, valutazione dell'outcome e valorizzazione economica dell'efficacia dei trattamenti (in particolare per la dipendenza da eroina) Sono stati comparati tra loro i diversi trattamenti farmacologici (metadone, buprenorfina, naltrexone) e le comunità terapeutiche utilizzando come macroindicatore di esito il numero dei giorni di astensione dall'uso di eroina durante il trattamento, rilevati mediante l'analisi dei test tossicologici urinari.

ECONOMICITÀ

Documento	Azienda	Attività	Indicatore	Indice	Anno pubblicazione	Anno di riferimento
Comparazione dei bilanci delle ulss	Arss	Analisi economico finanziaria	Indicatori attività-economico finanziari	Costo totale per residente, giornate di degenza per unità di personale equivalente, indice di liquidità corrente, dilazione media sugli acquisti	2007	2005
Day Surgery	Arss	Attività di day surgery- day hospital	Indicatori di attività	Percentuale di attività chirurgica trasferita in regime di day surgery	2007	2003-2005
Alta e bassa specialità nella Regione Veneto	Arss	Analisi del trattamento di attività di alta complessità	Indicatori di attività	Complessità della casistica trattata dalle UUOO di alta specialità	2007	2005
SUPER.SIT	Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali	Prodotti e prestazioni in ambito trasfusionale	Indicatori di spesa e di attività	Costi di produzione per Servizio		2007
Monitoraggio spesa sanitaria ospedaliera	Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari	Prestazioni farmaceutiche	Indicatori di spesa e di attività			2007
Monitoraggio della spesa farmaceutica extraospedaliera	Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari	Prestazioni farmaceutiche	Indicatori di spesa e di attività			2007
Monitoraggio spesa farmaceutica per farmaci del PHT o classificati	Direzione Piani e Programmi Socio	Prestazioni farmaceutiche	Indicatori di spesa e di attività	Costo dell'assistenza farmaceutica per farmaco e modalità di distribuzione		2007

All'economicità sono riconducibili le analisi relative da un lato alle ricadute economiche delle azioni intraprese e dall'altro, in termini di prioritizzazione delle scelte, al costo opportunità delle azioni da intraprendere, in funzione della sostenibilità complessiva del sistema.

Il documento *Comparazione dei bilanci delle Ulss* viene redatto dall'Arss per le direzioni delle singole Aziende e per gli organi politici regionali. Vengono analizzate le performance economico finanziarie a partire dai bilanci d'esercizio e si evidenziano i principali indicatori di costo delle Aziende sanitarie e la loro conformità/differenza rispetto ad una media regionale. Questo per aiutare ad individuare quali sono gli ambiti di criticità delle singole Aziende e, di conseguenza, le possibili aree e mobilità di intervento per la riduzione del deficit sanitario in maniera mirata e condivisibile dalle Aziende

de stesse. La particolarità del documento è che non limita l'analisi ai soli dati economico finanziari ma li correla alle attività prodotte all'appropriatezza degli interventi e alle risorse umane impegnate. A titolo esemplificativo alcuni indicatori prodotti sono il costo complessivo, per assistenza territoriale, e ospedaliera medio per residente, tasso grezzo di ospedalizzazione, personale addetto all'assistenza/ totale personale, costo farmaceutica per residente, indice di case mix, indice comparativo di performance. Un altro contributo di carattere più specifico e settoriale è il testo in cui sono riportati risultati di un'analisi condotta dall'Arss sull'utilizzo efficiente dell'attività chirurgica eleggibile in day surgery.

Il lavoro descrive l'attività day surgery e day hospital al fine di valutare nuovi modelli di organizzazione. In particolare, considerato che l'incremento

della day surgery è stato del 17% nelle strutture pubbliche a fronte del 137% delle strutture private, è ragionevole supporre che alcune strutture private abbiano investito nella day surgery, consapevoli che questa consente sensibili riduzioni di costo e può realizzarsi a parità di qualità dell'assistenza con maggior gradimento per i pazienti. Per questo motivo lo sviluppo della day surgery risponde sicuramente a requisiti di appropriatezza e potenzialmente può condurre anche a miglioramenti nella qualità dell'assistenza con una riduzione dei costi del 30% circa rispetto allo stesso ricovero in regime ordinario. Lo stesso documento contiene anche uno studio sulle alte e basse specialità per valutare l'efficacia dei criteri di classificazione delle alte e basse specialità cercando criteri migliorativi rispetto all'eccesso di offerta sulla produzione di ricoveri ospedalieri. Un'elevata distribuzione dell'alta specialità, infatti, appare come un aspetto problematico in quanto solo favorendo una maggiore specializzazione e concentrazione si possono ottenere miglioramenti non solo clinici ma anche gestionali. A questo proposito risulta particolarmente interessante l'analisi della dinamica di produzione e delle classificazioni delle specialità di ricovero al fine di una migliore organizzazione e di un maggior governo dei costi. Il Crat, provvede, dal 2003, ogni anno, alla determinazione dei costi di produzione dei singoli prodotti e delle singole prestazioni in ambito trasfusionale per Servizio, per Dipartimento InterAziendale di Medicina Trasfusionale (Dimt) e a livello regionale. I dati di spesa e di attività, raccolti presso i Servizi Trasfusionali regionali, vengono elaborati su base Aziendale, di-

partimentale e regionale, attraverso un'applicazione informatica che utilizza la metodologia di analisi dei costi activity based.

Ciò ha permesso di creare una serie storica delle attività e della relativa valorizzazione, utile in ottica di valutazione, riprogettazione e miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia, alla quantificazione del Fondo Regionale per le Attività Trasfusionali. Con cadenza semestrale e annuale la Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari valuta, oltre alla spesa farmaceutica territoriale convenzionata ed a quella ospedaliera, i costi dell'assistenza farmaceutica per farmaci del PHT o classificati H Osp2 nella Regione Veneto, in relazione alla modalità di erogazione. I dati, forniti dalle Farmacie Ospedaliere e dai Servizi Farmaceutici Territoriali delle Aziende Ulss e Ospedaliere, sono elaborati per modalità di erogazione (farmaci distribuiti in dimissione dopo ricovero o visita specialistica, distribuiti direttamente, distribuiti "per conto" per il tramite delle farmacie territoriali, in assistenza domiciliare AdiMed). La Direzione Piani e Programmi Socio Sanitarie nello specifico valuta i costi di 11 farmaci oncologici ad alto impatto economico suddivisi per Azienda erogatrice. I dati relativi ai pazienti in terapia con tali farmaci sono inseriti in un sito web regionale per valutare periodicamente l'appropriatezza di utilizzo di tali farmaci e l'impatto economico in relazione agli specifici indirizzi di tipo diagnostico-terapeutico, al fine di favorire il trasferimento dell'erogazione delle prestazioni di chemioterapia e radioterapia dal regime di ricovero al regime ambulatoriale.

L'analisi della dimensione della qualità percepita

LA QUALITÀ PERCEPITA

Reclami scritti pervenuti alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione del Veneto	Attività	Reclami	Indicatori di attività	Numero, tipologie e incidenze reclami	2007	2002-2005

vuole fornire un quadro esaustivo e confrontabile della qualità dal punto di vista del cittadino utente all'interno del territorio regionale e degli operatori. La valutazione e il gradimento da parte degli utenti dei servizi incidono sulla qualità complessiva a due livelli:

- individuale, migliorando il livello di compliance del paziente;
- collettivo, favorendo la partecipazione dei cittadini alle scelte in campo sanitario.

Le modalità di espressione della "voce" dei cittadini possono essere in forma personale attraverso segnalazioni individuali, comportamenti indicativi di disaffezione/non apprezzamento, adesione ad indagini sugli utenti dei servizi o in forma collettiva attraverso la partecipazione attiva ad organismi politici e/o associazioni rappresentative dei cittadini. Il rapporto *Reclami scritti pervenuti alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione del Veneto. Anni 2002 - 2003 - 2004 - 2005 - 2006* a cura del coordinamento Urp va ad analizzare le segnalazioni degli utenti relativamente ai seguenti aspetti:

- relazionali;
- tecnico- professionali;
- informazione ed organizzazione interna;
- strutturali e strumentali;
- tempo di attesa per ottenere delle prestazioni;
- burocratico-amministrativi;
- alberghieri e comfort.

Descrive l'incidenza e la tipologia di reclami, le aree interessate, l'incidenza e il trend.

Le conclusioni e le valutazioni sui reclami rappresentano un'opportunità che consente di trasformare l'azione civica di partecipazione del cittadino in indicazioni di miglioramento dei servizi (azioni di marketing dei servizi).

PROSPETTIVE FUTURE

La prima fase (riferita allo stato attuale) delle attività di valutazione si caratterizza per due aspetti:

1. La specificità delle attività della valutazione;
2. La finalità conoscitiva delle indagini.

Rispetto al primo punto, le azioni regionali han-

no, di fatto, garantito una copertura informativa su ogni area di attività del Servizio Socio Sanitario Regionale, e lo hanno fatto salvaguardando la specificità di ogni settore. Ciò ha permesso di avere dati di dettaglio, che di fatto costituiscono l'elemento propedeutico per letture integrate che possano rispecchiare in sintesi la performance complessiva del sistema. Rispetto al secondo punto, è da rilevare che al momento gli esiti degli studi sono una fotografia dell'esistente, che hanno la finalità di consolidare e sistematizzare la conoscenza delle caratteristiche e dei singoli fenomeni inerenti il Sssr, come i tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, la misura quantitativa dei tempi di accesso ai servizi di urgenza ed emergenza e la capacità della loro organizzazione a rispondere ai bisogni, l'appropriatezza nella gestione dei pazienti, l'efficacia dell'assistenza territoriale nel trattamento di alcune patologie croniche, l'utilizzo dei servizi ospedalieri, i livelli di conformità dei servizi, gli eventi avversi in ambito ospedaliero, le infezioni ospedaliere nelle strutture residenziali per anziani, la qualità dei servizi come viene percepita dai cittadini, sia come utenti effettivi o potenziali, sia in veste di operatori del sistema. L'obiettivo che si delinea con un progetto di valutazione delle performance del Sssr è quello di analizzare tutti i dati e le informazioni, cercando di metterli insieme secondo una logica e una visione sistemica di intreccio su più dimensioni di analisi. L'integrazione delle diverse valutazioni, non consisterà infatti nella mera somma dei dati e delle informazioni dei diversi studi, ma in un processo di sintesi che passerà da un lato dalla scelta degli oggetti di valutazione, e dall'altro dalla selezione degli indicatori da utilizzare in merito. La scelta degli oggetti di valutazione dipenderà dalle priorità di intervento che verranno individuate come tali dall'asse tecnico-politico, anche in virtù della significatività delle stesse in relazione alla complessità del Sssr. Per quanto riguarda, invece, la scelta degli indicatori, fortemente dipendente dalla disponibilità e dall'uniformità delle basi dati regionali, questa sarà determinata dalla facilità di lettura degli stessi e soprattutto

to dalla loro capacità di rendere confrontabili realtà diverse per fattori di contesto endogeni ed esogeni. L'ultimo tassello, forse quello più impegnativo, è lo sviluppo di valori soglia o di range di ammissibilità di determinate performance su più dimensioni di analisi, che permettono una valutazione complessiva dell'Azienda, mettendo in evidenza sia le possibili aree di criticità e/o miglioramento sia i punti di forza.

Il posizionamento delle Aziende e del Sistema nel

suo complesso rispetto agli obiettivi di performance consentirà di rendere maggiormente effettiva la programmazione ma soprattutto il relativo controllo, incrementando l'accountability del sistema da un lato nei confronti dei destinatari che potranno andare oltre la loro semplice percezione, e dall'altro nei confronti agli operatori che ricaveranno stimolo e incentivo da una valutazione sistematica e di confronto all'interno del Ssr.

GRAFICO 1 - Malattie circolatorie selezionate: serie storica trimestrale del tasso di ricovero per 100.000 adulti/anno, Veneto, 2000-2006

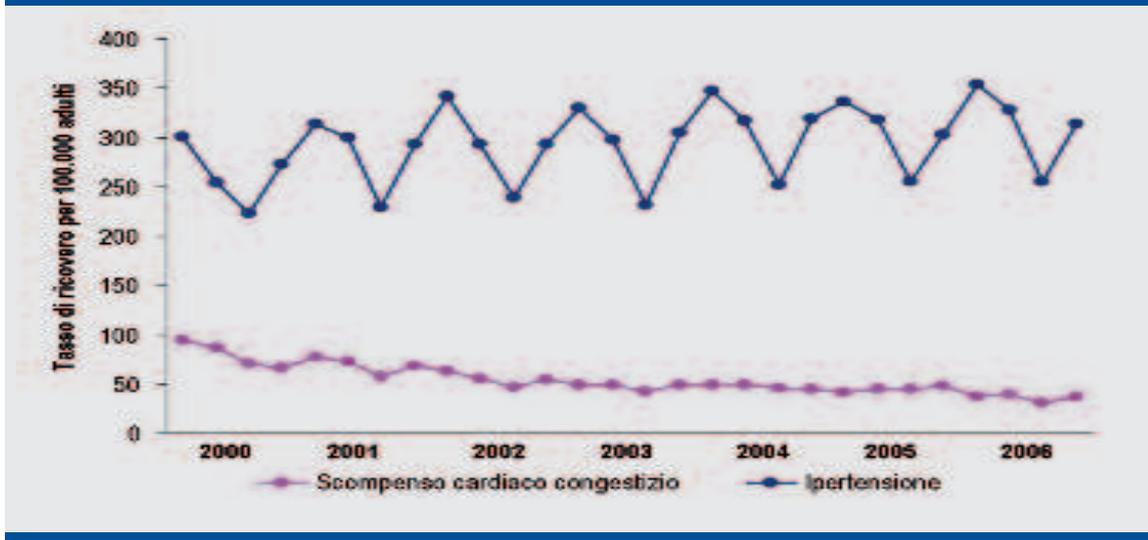


GRAFICO 2 - Scompenso cardiaco congestizio: diagramma ad imbuto del tasso di ospedalizzazione per 100.000 adulti/anno, Ulss/AO del Veneto, 2006

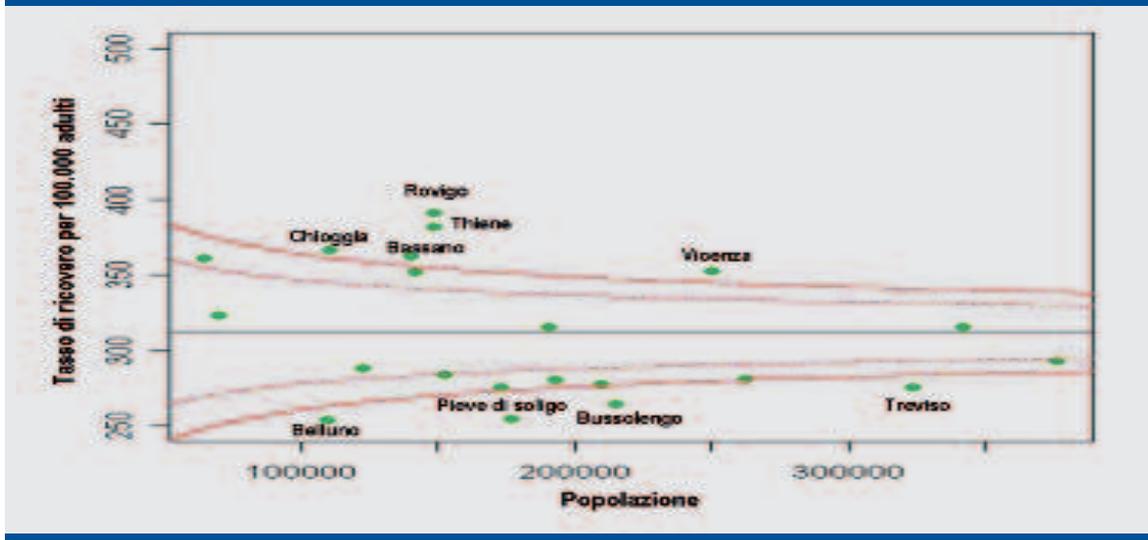


GRAFICO 3 - Scoppio cardiaco congestizio: serie storica trimestrale del rischio aggiustato di morte intraospedaliera, Veneto, 2000 – 2006

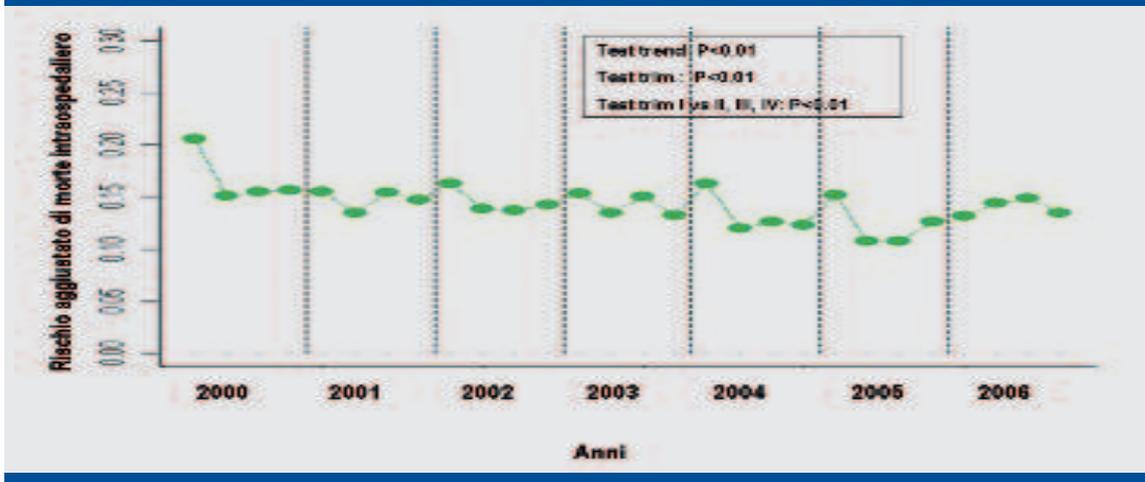


GRAFICO 4 - Scoppio cardiaco congestizio: diagramma ad imbuto del rischio aggiustato di morte intraospedaliera, ospedali del Veneto, 2006

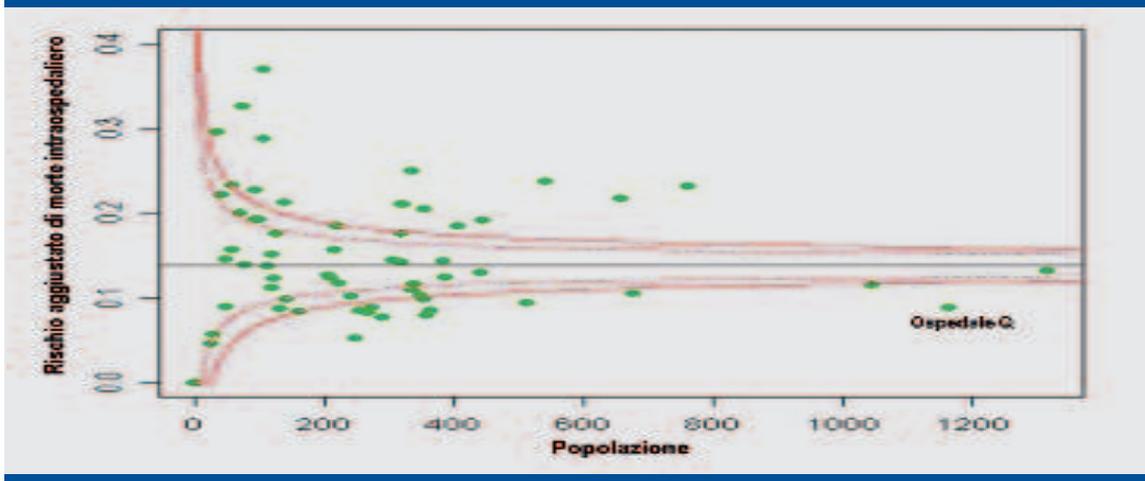


GRAFICO 5 - Scoppio cardiaco congestizio: carta di controllo del rischio aggiustato di morte intraospedaliera nell'ospedale Q, 2000-2006

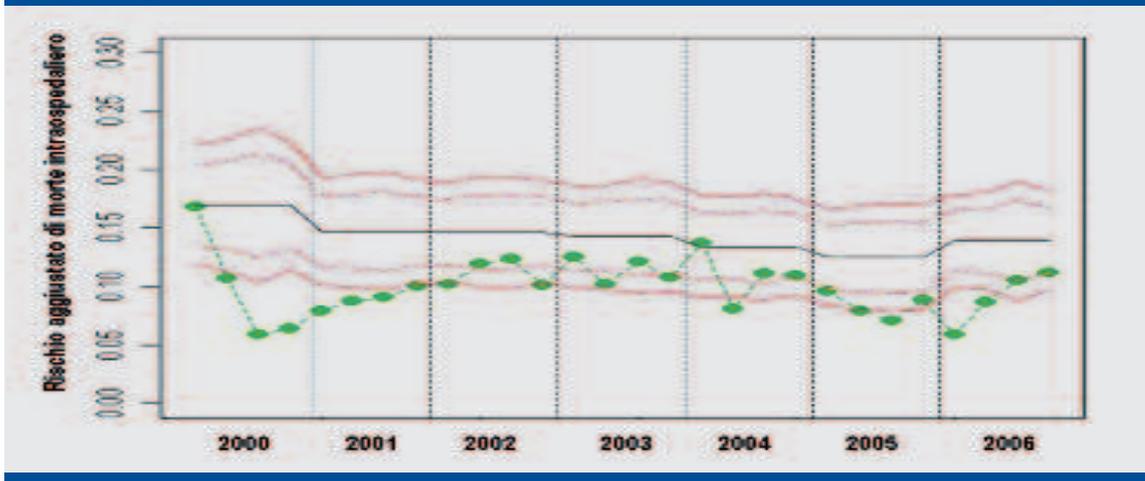


GRAFICO 6 - Resezione pancreatica: serie storica trimestrale del rischio aggiustato di morte intraospedaliera, Veneto, 2000-2006

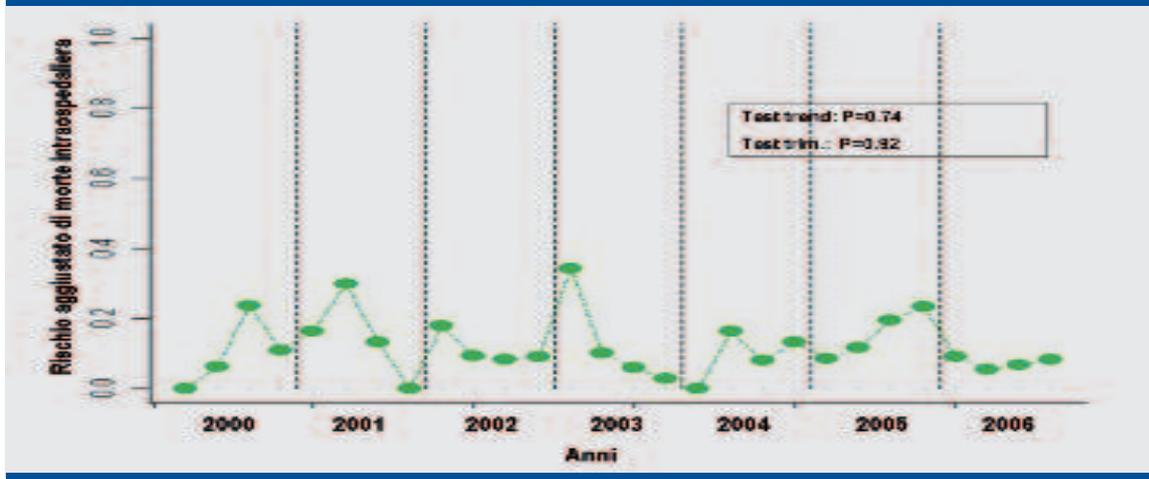


GRAFICO 7 - Resezione pancreatica: diagramma ad imbuto del rischio aggiustato di morte intraospedaliera, ospedali del Veneto, 2006

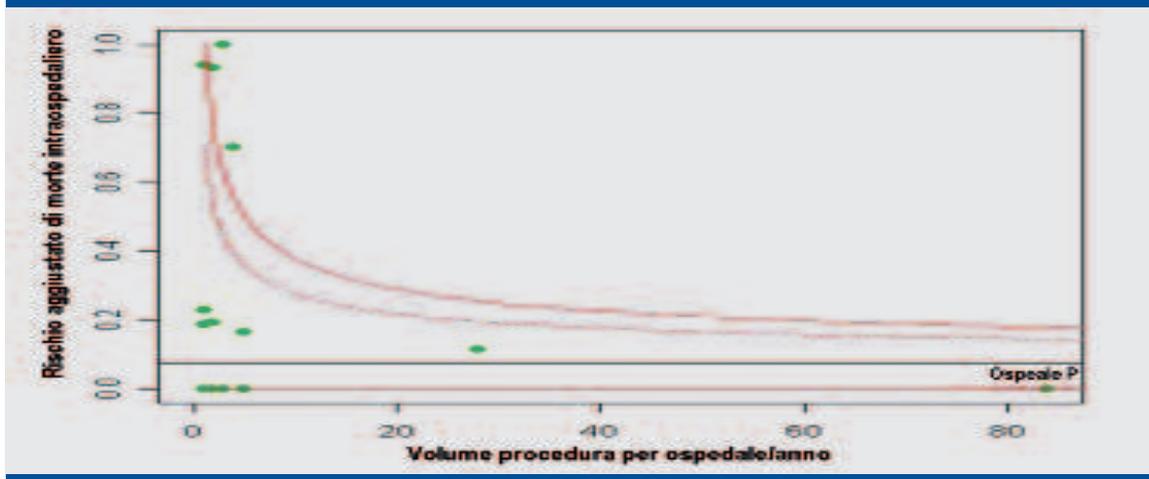


GRAFICO 8 - Resezione pancreatica: carta di controllo annuale del rischio aggiustato di morte intraospedaliera nell'ospedale P, 2000 - 2006

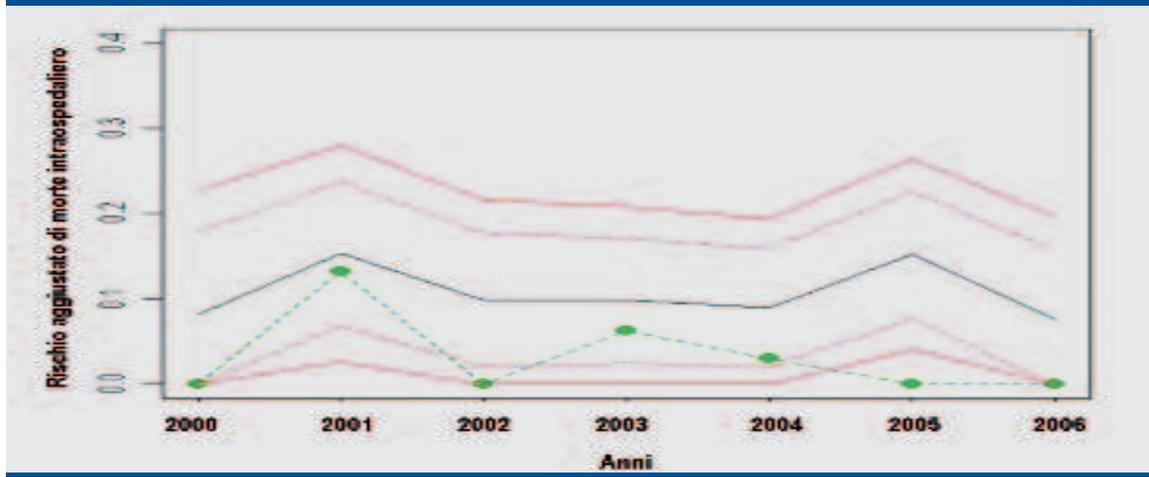


GRAFICO 9 - Resezione pancreatica: associazione volume e probabilità di morte intraospedaliera, limiti di confidenza al 95%, soglia USA, Veneto, 2000-2005

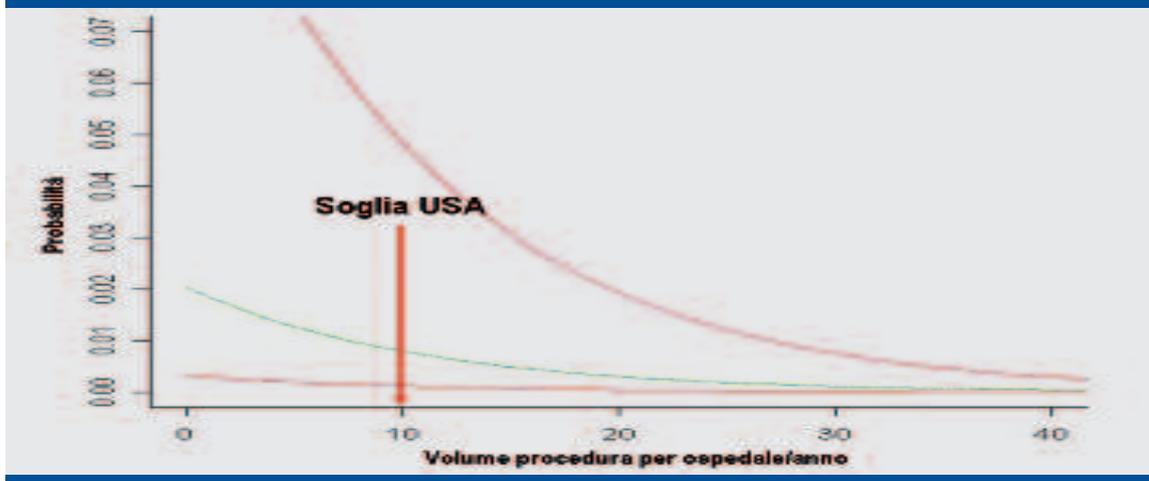


GRAFICO 10 - Parti cesarei (tutti e primari) e parti vaginali dopo cesareo: serie storiche annuali, Veneto, 2000 - 2006

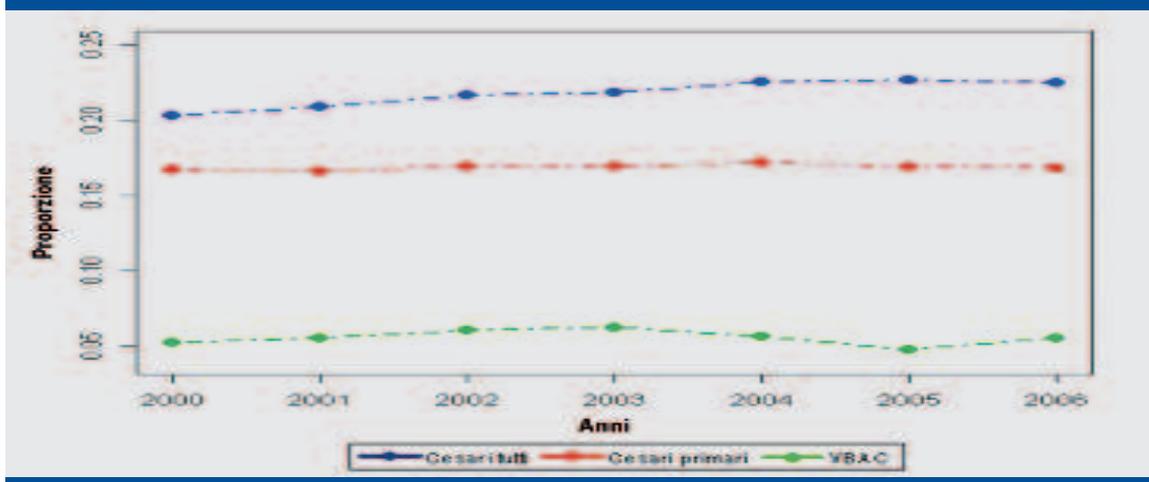
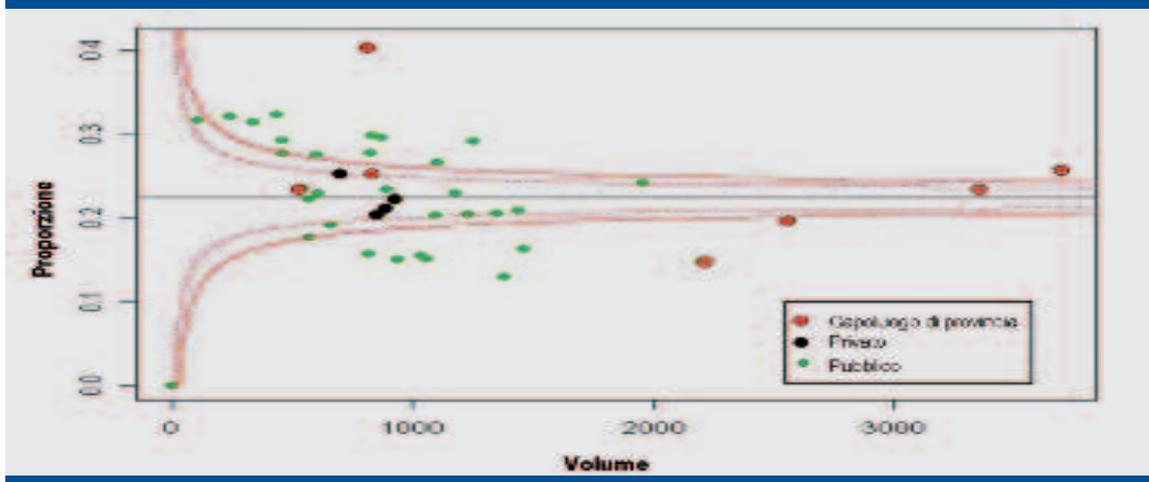


GRAFICO 11 - Resezione pancreatica: carta di controllo annuale del rischio aggiustato di morte intraospedaliera nell'ospedale P, 2000 - 2006



UMBRIA: VALUTAZIONE DEGLI ESITI E GOVERNO DELLA CONDIVISIONE

Carlo Romagnoli¹, Fabrizio Carinci², Fabrizio Stracci³.

In questa sede vengono presentate: le linee generali che hanno ispirato la redazione del Dvss e guidato la valutazione degli esiti, una sintesi dei risultati ottenuti nelle molte aree di misurazione, una riflessione sui limiti del primo Dvss ed un percorso per la utilizzazione delle misurazioni di esito in un ciclo di miglioramento condiviso della qualità.

Nel triennio 2004–2007 la Regione Umbria ha attivato un programma di attività volto a produrre il primo Documento di Valutazione dei determinanti di Salute e delle Strategie del Ssr (Dvss), con lo scopo di affiancare al Piano sanitario regionale un documento valutativo di pari dignità. Per la sua costruzione, si è ricorsi alla funzione di meta organizzazione, più appropriata per governare, nelle organizzazioni professionali, la condivisione di percorsi di innovazione, quale è appunto l'introduzione su scala regionale della valutazione degli esiti: è stata favorita la creazione in molte aree professionali di reti cognitive condivise, anche gra-

zie a bandi ad hoc della ricerca finalizzata regionale ed alla messa a disposizione di connessioni e supporti esperti tramite un gruppo di biostatistici, informatici ed epidemiologi per le misurazioni basate sull'uso integrato di data base.

È nato così il primo Dvss, composto da quattro volumi:

- A) La salute in Umbria;
- B) La valutazione degli esiti dell'assistenza socio sanitaria in Umbria;
- C) Grado di raggiungimento degli obiettivi di salute del Psr 2003–2005 e delle azioni ad essi funzionali;
- D) Individuazione degli indicatori di esiti e sei monografie su singoli argomenti rilevanti, disponibili in formato on-line (<http://sanita.regione.umbria.it/canale.asp?id=401>) o cartaceo.

¹ Coordinatore generale del Dvss (Dgr 1057/2004), medico esperto in programmazione e valutazione dei servizi socio sanitari, Asl 2 dell'Umbria (cromagnoli@ausl2.umbria.it).

² Coordinatore progetto Sve/Dvss, biostatistico, Honorary Associate Professor, Monash Institute of Health Services Research, Monash University, Australia. esperto nazionale del Sistema di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (Siveas) (research@fabcarinci.net)

³ Coordinatore tecnico - scientifico del Dvss, epidemiologo ricercatore presso il Dip. Spec. Med. Chir e sanità pubblica, Università di Perugia (fabs@unipg.it)

MODELLO GENERALE DEL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI DETERMINANTI DI SALUTE E DELLE STRATEGIE DEL SSR (DVSS)

Il problema: collegare programmazione e valutazione nel Ssr umbro

Il Servizio sanitario regionale umbro vanta una ricca tradizione nel campo della programmazione socio-sanitaria: dal varo della legge 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale ad oggi, la Regione Umbria ha approvato ufficialmente ben quattro piani sanitari regionali (1985-87; 1989-91; 1999-2001; 2003-2005) e un piano ospedaliero (Dcr 311/1996), secondo un filone di pensiero fortemente orientato alla creazione di un primo livello territoriale di servizi socio sanitari con finalità di promozione, integrazione sociale, prevenzione primaria e secondaria e una vasta rete di servizi di assistenza primaria centrati sul distretto e sul centro di salute come sua articolazione e un secondo livello ospedaliero, differenziato in percorsi assistenziali specifici per l'area critica, l'area per acuti e la long term care.

Meno ricca è stata invece l'esperienza umbra per quanto riguarda la valutazione degli effetti della sua programmazione: prima del Dvss, se si escludono le pubblicazioni su specifici aspetti e interventi di settore, sono state prodotte due relazioni sullo stato di salute (1987; 1991) ed una relazione (2002) su assetti organizzativi e processi assistenziali attivati dal Psr 1999-2001.

Se può essere consolante osservare che tale asimmetria tra il momento programmatico e quello valutativo non affligge solo il nostro Ssr, essendo riscontrabile sia a livello nazionale⁴ che in altre regioni italiane, l'effetto lenitivo derivante dal constatato mal comune viene meno al solo pensare che programmare al di fuori di una seria base valutativa rappresenta un atto di per sé inconsulto,

un po' come somministrare terapie senza curarsi di osservarne gli effetti.

Ecco perché far sì che il requisito "valutazione sistematica di quanto programmato" sia una acquisizione concreta del corpo professionale e amministrativo complessivo del nostro Ssr è divenuto il nostro assillo negli ultimi tre anni. Assillo che si è dovuto misurare da subito con un secondo livello di problematiche, collegate sia con l'abitudine del programmare e basta – consolidata per quanto sopra detto e diffusa ai diversi livelli, così da risultare difficile da scalfire – sia con la necessità di connotare i percorsi valutativi con caratteristiche accettabili per gli attori del sistema; un problema, questo ultimo, piuttosto consistente e sintetizzabile con la constatazione che la valutazione diviene sempre più difficile (da fare e da utilizzare) quanto più essa riguardi persone dotate di potere. Un terzo livello di problemi riguarda la necessità della valutazione in una fase in cui le linee di politica economica adottate a livello nazionale assegnano grande attenzione al controllo della spesa sanitaria pubblica e la cornice costituzionale grandi responsabilità organizzative alle regioni, chiamate a garantire sia i modelli organizzativi che la loro sostenibilità finanziaria. È pertanto chiaro che in questa situazione continuare a produrre indicazioni programmatiche senza valutarne l'impatto sulla salute è la prima cosa da evitare, mentre il coinvolgimento di professionisti, amministrativi e politici, rappresenta l'altra grande sfida (forse di ampiezza superiore alla prima) da superare, per far sì che la valutazione sia riconosciuta come frutto dell'impegno di ciascuno a migliorarsi e non come giudizio critico derivante da non condivise misurazioni di qualche agenzia esterna. In questa situazione, nel 2004 e quindi un anno dopo l'approvazione del Psr 2003-2005, la Giunta regionale ha assegnato all'Osservatorio Epidemiologico Regionale (Dgr 1057/2004) la redazione del Documento di Valutazione dei deter-

⁴ A livello nazionale, nel periodo 1978-1990 sono abbondate le relazioni sullo stato di salute e sono mancati i piani sanitari nazionali. Successivamente al 1990, si sono avuti sia piani sanitari che relazioni senza che però fossero tra loro coordinati. A loro volta le relazioni non hanno mai avuto un taglio valutativo ed il loro impianto non risulta collegato con quello della programmazione cui si riferiva l'arco temporale esaminato.

minanti di Salute e delle Strategie del Ssr (Dvss) come documento complementare al Psr all'interno del ciclo programmazione, attuazione, valutazione.

Assi concettuali del modello Dvss

Se collegare la programmazione socio-sanitaria alla valutazione rappresenta il problema cui la produzione del Dvss vuole dare una risposta è altresì necessario esplicitare le scelte di politica sanitaria che il Servizio Sanitario Regionale umbro ha operato e che improntano più direttamente il percorso valutativo di cui stiamo parlando, concorrendo alla delineazione di un vero e proprio modello, peculiare del Dvss:

- il sistema umbro della clinical governance con valenza di architettura generale;
- la centralità dei problemi di salute nella programmazione e degli outcome nella valutazione;
- l'osservazione epidemiologica come strumento per migliorare la qualità delle decisioni concernenti la politica sanitaria.

È evidente che tali scelte hanno un livello di dispiegamento e di effettività condizionato dai molti poteri, interessi e approcci culturali presenti nel sottosistema sanità, derivandone livelli di consenso e applicazione diversi nelle diverse "strutture organizzative" e, come peraltro avviene in ogni scenario organizzativo reale, contraddizioni e conflitti.

IL SISTEMA UMBRO DELLA CLINICAL GOVERNANCE

La programmazione sanitaria regionale ha assunto già nel Psr 1999-2001 la teoria delle burocrazie professionali⁵ come l'approccio più appropriato, tra quelli disponibili in sociologia delle orga-

nizzazioni, per analizzare e organizzare la sanità. È su questa base che nel Psr 2003-2005, preso atto delle evidenze empiriche⁶ sulla inappropriatezza dell'approccio manageriale in sanità, si è fondata la sperimentazione della clinical governance come "nuovo sistema di relazioni funzionali e organizzative tra potere professionale e potere amministrativo capace di portare ad un effettivo miglioramento della qualità". All'interno di questa cornice teorica va sia individuato il nesso sistemico che lega il modello Dvss alla specifica architettura del nostro Ssr, sia letto il lavoro svolto dal 2004 ad oggi in cui la programmazione socio-sanitaria regionale ha scelto di:

- affidare ai professionisti responsabilità sostanziali in alcune aree di miglioramento della qualità (efficacia, sicurezza, appropriatezza, equità, efficienza, continuità assistenziale, coinvolgimento dei cittadini), consegnando il compito di lavorare sul versante della qualificazione della domanda alle equipe territoriali di mmg, pls e continuità assistenziale, mentre i dipartimenti sono chiamati ad intervenire sulla qualificazione dell'offerta e le direzioni sanitarie ad occuparsi della regia complessiva; il tutto basato su processi di autovalutazione centrati su percorsi strutturati di audit e non più solo su meccanismi di controllo esterno sui professionisti;
- ridefinire conseguentemente l'accezione di gestione come "creazione delle condizioni in cui far lavorare bene i professionisti", affidandone la responsabilità al Dip, al distretto ed al presidio ospedaliero per gli specifici macrolivelli assistenziali, mentre alla direzione generale, a quella amministrativa ed alla Agenzia regionale per le funzioni amministrative⁷ spettano la regia complessiva delle funzioni gestionali;
- superare i sistemi di programmazione e con-

5 Henry Mintzberg, canadese, è un sociologo delle organizzazioni che ha descritto dettagliatamente le organizzazioni professionali, differenziandole da altre configurazioni organizzative. Tra i molti testi di questo autore <http://www.henrymintzberg.com/books.htm>, ai nostri fini assumono rilevanza: 1) *The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research* (Prentice-Hall, 1979); 2) *Managers not MBAs* (Berrett Koehler, 2004);

6 Peraltro era nota in sociologia delle organizzazioni la sostanziale carenza di evidenze relativa alla appropriatezza del modello Aziendale ove applicato alle organizzazioni professionali, un macrosintoma sia della ideologizzazione del dibattito sulla sanità pubblica negli anni '90 (improntato dalla ideologia neoliberista), che della subordinazione culturale dei tecnici alle mode politiche.

7 Nel maggio 2005 la Giunta regionale ha attivato una agenzia regionale che accorpa alcune funzioni amministrative relative a beni e servizi, sistemi informativi, ecc., prima svolte autonomamente da ciascuna delle sei Aziende sanitarie regionali.

trollo centrati su fatturato ed output come assi per valutare le performance del sistema prevedendo programmi di attività volti a valorizzare tutte le aree di miglioramento della qualità assistenziale;

- attivare una serie di centri interAziendali su materie connesse con i due livelli sopra definiti in modo da supportarne lo sviluppo ad un livello qualitativamente adeguato, coinvolgere ulteriormente e responsabilizzare le direzioni sanitarie e/o Aziendali nel sistema della clinical governance e mettere in sinergia tutte le risorse disponibili⁸.
- adottare ulteriori misure per sostenere il processo innovativo complessivo, che vanno dalla produzione di linee guida regionali per l'atto Aziendale, opportunamente recepite fino ad oggi dalle sole Aziende sanitarie locali, fino ad un ampio percorso formativo che ha coinvolto presso la Scuola Regionale di Formazione di Villa Umbra a Pila, tutti gli attori presenti sul territorio regionale appartenenti ai livelli operativi professionali (circa 100 responsabili di equipe territoriali ed i 270 responsabili di strutture complesse/dipartimenti) ed a quelli gestionali (responsabili di distretto e dei centri di salute; operatori delle direzioni mediche dei presidi ospedalieri), ma non ancora le direzioni Aziendali.

LA CENTRALITÀ DEI PROBLEMI DI SALUTE NELLA PROGRAMMAZIONE E DEGLI OUTCOME NELLA VALUTAZIONE

Il secondo asse concettuale che contribuisce a definire la specificità del modello Dvss riguarda la sperimentazione di approcci metodologici che massimizzino la coerenza tra la missione del Ssr ed i fini effettivamente perseguiti ai diversi livelli di responsabilità.

In effetti sia la sociologia di settore che la nostra esperienza relativa all'analisi di contenuto dei fini

sostanziali perseguiti da molti livelli politici territoriali e di quelli ufficiali perseguiti con le negoziazioni di budget, convergono nell'evidenziare il prevalere:

- in fase programmatica, di approcci centrati su obiettivi assistenziali, senza che siano chiare in primo luogo le relazioni tra questi, i bacini di utenza del servizio ed i problemi di salute della collettività e, in secondo luogo i criteri utilizzati per definire le priorità; tutto questo produce una torsione delle competenze professionali e più in generale tecniche, che non vengono sollecitate a fornire contributi che esaltino le conoscenze scientifiche e metodologiche di cui sono portatrici, riducendone l'indipendenza di giudizio entro i limiti consentiti dalle convenienze di breve periodo. La priorità comunque assegnata all'attivazione di servizi ospedalieri indipendentemente da qualsiasi valutazione disponibile sulle condizioni di uso appropriato degli stessi rappresenta la moda nelle scelte assistenziali di molti livelli politici territoriali e di molte direzioni Aziendali; quasi sempre legittimata dalla ricerca o dal supporto al consenso elettorale nel breve periodo, essa implica in ogni caso forti pressioni sui livelli gestionali, la cui indipendenza di giudizio ed il cui ruolo tecnico vengono compressi a favore di una obbedienza applicativa disfunzionale in una visione sistemica e controproducente per la collettività stessa appena si esaminino le questioni in una ottica di medio periodo;
- in fase valutativa, di misurazioni centrate su output o su semplici fatturati, producendo nel primo caso la concentrazione degli interventi su attività scelte più per la facilità della misurazione nei tempi previsti dal ciclo programmatico che per il loro impatto sulla salute della popolazione, mentre nel secondo caso si ottiene, soprattutto nelle Aziende ospedaliere, la subordinazione di una risposta di qualità ai bisogni as-

⁸ La lettura congiunta di quanto contenuto negli ultimi due a linea consente di mettere a fuoco una ulteriore peculiarità dell'approccio umbro alla clinical governance e cioè la scelta di affidare la qualificazione del sistema non ad una agenzia esterna chiamata, in posizione di staff, ad elaborare prototipi, ma ad una opportuna integrazione e messa in rete delle risorse rappresentate da chi lavora sulla line organizzativa, in quanto ritenuti più efficacemente in grado di prefigurare e sperimentare prima e mettere a regime poi, i nuovi sistemi operativi necessari a qualificare il sistema.

sistenziali della popolazione al contributo che questa risposta può dare ai bilanci Aziendali, sottraendo questi ultimi da cornici coerenti con i bilanci di tutto il Ssr. Ma se nelle Aziende ospedaliere è massima la contraddizione tra fini Aziendali e fini del sistema, è tutta l'operatività del Ssr e quindi anche quella delle Aziende sanitarie locali che viene travolta e distorta dalla centralità che assumono in questo approccio le attività di risposta rispetto a quelle di iniziativa, fortemente penalizzate dai sistemi tariffari vigenti e dalle logiche meramente contabili che li alimentano.

A queste problematiche la programmazione socio sanitaria ha risposto ridefinendo gli approcci metodologici utilizzati nei dispositivi programmatici e valutativi:

- a livello di pianificazione sanitaria regionale, il Psr 2003 2005 si è basato sull'analisi dei problemi di salute presenti nella specifica situazione demografica ed epidemiologica umbra, derivandone obiettivi di salute, per ciascuno dei quali sono stati individuati interventi a efficacia nota, assegnati poi ai livelli operativi appropriati;
- a livello Aziendale i percorsi formativi rivolti alle responsabilità professionali e gestionali previste dal sistema umbro della clinical governance hanno fatto emergere la necessità di mettere a punto ai diversi livelli, "programmi di attività" che consentano la valorizzazione delle specificità presenti, riportando in tal modo le necessarie negoziazioni con le risorse disponibili in un ambito di confronto decoroso e appropriato alle specificità della sanità.

Ma è soprattutto la creazione condivisa con i livelli professionali e gestionali di una cultura dell'outcome, la costruzione metodologicamente corretta delle modalità di rilevazione e utilizzazione dei risultati di salute e la sua applicazione coerente con il nuovo sistema di relazioni funzionali e organizzative proprio del sistema umbro della clinical governance, il valore aggiunto che il Dvss apporta al sistema e che ne consente la modelliz-

zazione.

Come risulterà a chi vorrà leggere i capitoli specifici dedicati ai risultati delle valutazioni di esito, la caratteristica fondamentale del modello Dvss risiede proprio nella continua ricerca di condivisione delle scelte operate, nella messa a punto di un sistema aperto a revisioni critiche supportate da evidenze e nella promozione di percorsi culturali e operativi che valorizzino le connessioni tra la dimensione scientifica dell'agire professionale e gestionale con la missione del Ssr e soprattutto con le attese dei cittadini.

Quindi la valutazione degli outcome fatta propria dal modello Dvss non è un ulteriore tassello che si aggiunge alla strumentazione esistente per il controllo di gestione, il che contraddirebbe anche il noto scetticismo mintzbergheriano sulla disfunzionalità nelle organizzazioni professionali di altre standardizzazioni che non siano quelle delle capacità, ma un sistema operativo messo a disposizione delle strutture dei professionisti per supportarne i percorsi di autovalutazione e ridurre il rischio di autogenesi dei fini operativi, proprio quel rischio che l'approccio hard dei sistemi di programmazione e controllo ha dimostrato di non riuscire a governare.

L'OSSERVAZIONE EPIDEMIOLOGICA COME METODO PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DEGLI INDIRIZZI DI POLITICA SANITARIA

Negli ultimi anni si è assistito ad una generale sottoutilizzazione dell'epidemiologia come metodo utile a supportare il miglioramento della qualità in sanità pubblica.

Sinteticamente, nella nostra analisi ciò è dovuto principalmente a tre ordini di fattori, in parte esaminati sotto altre angolazioni nelle sezioni precedenti, ma che è qui utile considerare a partire da quanto le politiche sanitarie siano "epidemiologicamente supportate".

- 1) Il primo ordine di fattori è interno alla *declinazione che dell'osservazione epidemiologica hanno dato molti servizi di epidemiologia negli anni '80 e '90*, declinazione che peraltro continua in que-

sto primo periodo del ventunesimo secolo, insistendo nella pratica della “epidemiologia del data base” e producendo per lo più analisi descrittive della mortalità, dei ricoveri e di altri eventi sanitari sottoposti a registrazioni amministrative, evitando così le sfide metodologiche poste dalla epidemiologia clinica, lasciata a iniziative di singoli volenterosi professionisti e quelle parimenti importanti della epidemiologia valutativa, lasciate ai servizi Aziendali di controllo di gestione e quindi per definizione non appropriatamente sviluppata. Tra i motivi che determinano tale agire noi assegniamo un ruolo forte all’abitudine di delegare tale funzione ai medici igienisti, il che ha comportato il rinchiudersi dell’osservazione epidemiologica nei dipartimenti di prevenzione, un approccio organizzativo parziale che non ha certamente il pregio di favorire la diffusione della metodologia epidemiologica ai servizi socio sanitari di base e ospedalieri.

- 2) Il secondo ordine di fattori fa capo alla *debolezza intrinseca che il modello Aziendale affida alla funzione della direzione sanitaria*, stretta tra l’incudine della delega illimitata di poteri al DG ed il martello dei sistemi di programmazione e controllo, più consoni alle spicciative misurazioni su fatturati e output facili come consigliano le scuole di direzione Aziendale. Effettivamente una situazione in cui non è facile ottenere risorse e spazi operativi per sostenere sia la funzione epidemiologica Aziendale che soprattutto la qualificazione dell’assistenza socio sanitaria.
- 3) Il terzo ordine di fattori è ascrivibile al *difficile rapporto tra tecnici e politici*. In una fase in cui la ricerca del consenso di breve periodo costringe la politica a mantenere ampi spazi di manovra, l’epidemiologia e in genere tutto ciò che misura e/o valuta può comportarne la restri-

zione. Sta di fatto che a livello nazionale sono anni che non si misura nulla di preciso, a livello di molte regioni i tecnici sono stati sospinti nelle agenzie lasciando agli amministrativi il compito di recepire, eventualmente, le indicazioni da queste prodotte nelle decisioni di politica sanitaria, mentre a livello di Aziende sanitarie prevalgono le misure facili di cui abbiamo parlato e che però dicono molto poco sulla salute dei cittadini.

A fine 2002 in Umbria l’epidemiologia era presente, come livello organizzativo strutturato, in due Aziende sanitarie su sei e l’Osservatorio epidemiologico era sostanzialmente atrofizzato e ridotto a delegare attività settoriali di osservazione epidemiologica tramite convenzioni con agenzie esterne.

Nell’impostazione data dalla programmazione sanitaria regionale con il Psr 2003–2005, invece l’osservazione epidemiologica viene assunta come metodo per migliorare la qualità delle decisioni di politica sanitaria nel complesso del Ssr, optando per:

- collegare fortemente a livello regionale l’epidemiologia (e la ricerca finalizzata) con la programmazione socio sanitaria, prevedendo lo sviluppo dei metodi propri di questa disciplina lungo i tre assi di lavoro della epidemiologia descrittiva, della epidemiologia valutativa e della epidemiologia clinica;
- attivare un modello di osservatorio epidemiologico molto orientato a supportare l’utilizzazione dell’epidemiologia ai diversi livelli in cui vengono prese decisioni, organizzativamente centrato su un piccolo nucleo di operatori esperti e sul lavoro di rete con le sezioni Aziendali di epidemiologia, con i centri interAziendali a supporto della clinical governance⁹ (fig. 1) e con le direzioni sanitarie, nonché con una serie qualificata di istituti universitari e di orga-

⁹ Nel periodo 2003-2007 sono stati attivati i seguenti Centri interAziendali (CI) a supporto della Clinical Governance: 1) C.I. per la gestione del rischio clinico c/o ASL 1; 2) C.I. per la mediazione culturale c/o ASL 2; 3) C.I. per la costruzione del bilancio sociale c/o ASL 2; 4) C.I. per la definizione di percorsi per il RCVG c/o ASL 2; 5) C.I. per la definizione di nuovi modelli di degenza c/o ASL3; 6) C.I. per la sperimentazione di nuove modalità di gestione delle liste di attesa c/o ASL 4; 7) C.I. per la promozione dell’epidemiologia e l’appropriatezza in ambito clinico c/o AOPG; 8) C.I. di riferimento oncologico c/o AOPG; 9) C.I. per la prevenzione delle infezioni ospedaliere e la sorveglianza dell’infezione da HIV c/o AOPG; 10) C.I. per la continuità assistenziale tra ospedale e territorio c/o AOTR; da ultimo, in quanto svolge su scala regionale una funzione di supporto al governo della condivisione, va citato anche Osservatorio regionale sulla appropriatezza prescrittiva.

- nismi di consulenza del Ssn;
- sostenere lo sviluppo della funzione epidemiologica nelle Aziende sanitarie locali e ospedaliere, nell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del-

l'Umbria e delle Marche e nell'Arpa, finanziando l'attivazione di specifiche sezioni, da collocare preferibilmente in staff alle direzioni sanitarie, per un periodo di tre anni a partire dal 2005.

COME È FATTO IL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI DETERMINANTI DI SALUTE E DELLE STRATEGIE DEL SSR (DVSS)

Al fine di fornire una visione complessiva del Dvss riportiamo in questa sede l'indice, ancorché indicativo, degli argomenti che tale documento si è proposto di sviluppare a partire dalla Dgr 1057/2004.

Contenuti valutativi previsti per il primo DVSS

A) Principali aspetti demografici, socio economici ed epidemiologici che determinano la salute in Umbria

A.1) Stato e dinamica della popolazione residente e presente

- A.1.1) Stato
- A.1.2) Dinamica
- A.1.3) Proiezioni demografiche nel medio-lungo periodo
- A.1.4) Modelli previsionali e stime sugli andamenti dell'eterodipendenza sul medio periodo

A.2) Principali fattori socio economici che determinano la salute

- A.2.1) La scala sociale
- A.2.2) L'età evolutiva e la scuola
- A.2.3) L'integrazione sociale
- A.2.4) Il lavoro e la occupazione
- A.2.5) La disoccupazione
- A.2.6) Le dipendenze
- A.2.7) L'ambiente
- A.2.8) Il sistema dei trasporti
- A.2.9) L'alimentazione
- A.2.10) Il capitale sociale

A.3) Lo stato di salute di chi in Umbria vive e lavora

- A.3.1) Lo stato di salute in Umbria
- A.3.2) Le condizioni di salute della popolazione anziana

A.4) Qualità della vita e percezione dello stato di salute

B) Principali outcome del SSR, ASL, AO e principali macrolivelli assistenziali

B.1) Outcome di sistema: Mortalità evitabile per ASL e distretto

B.2) Outcome di progetto

- B.2.1) Coperture vaccinali
- B.2.2) Popolazione coperta dagli screening previsti dal PSR

B.3) Outcome dei dip. di prevenzione, IZS ed ARPA

B.4) Outcome dei servizi territoriali

- B.4.1) I distretti socio-sanitari
- B.4.2) La medicina generale (mmg e pls)
- B.4.3) I dipartimenti di salute mentale
- B.4.4) I dipartimenti delle dipendenze

B.5) Outcome dei Presidi ospedalieri

- B.5.1) Outcome degli ospedali
 - B.5.1.1) di emergenza
 - B.5.1.2) di territorio
 - B.5.1.3) Mortalità intra/extraospedaliera a definiti intervalli dall'evento
- B.5.2) I 118 e pronto soccorso per gravi traumatismi
- B.5.3) Cardiocirurgie
- B.5.4) Trapianto
 - B.5.4.1) Rene
- B.5.5) Stroke service
- B.6) Outcome del settore Materno infantile

B.7) Outcome dei servizi oncologici

B.8) Outcome dei servizi di riabilitazione

B.8) Outcome dei servizi residenziali

C) Grado di raggiungimento degli obiettivi posti dal PSR 2003-2005

C.1) Obiettivi di salute

- C.1.1) Aumentare la speranza di vita senza disabilità alla nascita ed a 60 anni
- C.1.2) Ridurre la disabilità residua
- C.1.3) Ridurre il numero di anni di vita potenziale perduta per morti evitabili
- C.1.4) Garantire l'universalismo e l'equità di accesso alle prestazioni
- C.1.5) Ridurre i danni derivanti dall'errore medico

C.2) Obiettivi di riorganizzazione dei servizi (vedi indice espanso PSR)

- D.2.1) Patti e Piani integrati per il governo della salute
- D.2.2) Azioni per l'innovazione e la sostenibilità nel governo della sanità
- D.2.3) Azioni per migliorare la qualità e introdurre innovazione nella gestione della Sanità
- D.2.4) Azioni di piano

SEGUE

COME È FATTO IL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI DETERMINANTI DI SALUTE E DELLE STRATEGIE DEL SSR (DVSS)

Budget

Le risorse investite nel Dvss sono state rappresentate:

- dai costi relativi all'attivazione e manutenzione della rete epidemiologica regionale, stimabili in circa € 500.000 annui, comprendendovi quelli relativi sia al finanziamento delle sezioni di epidemiologia di Asl, Ao, Izs ed Arpa, sia quelli relativi ai costi del personale Oeru ed a quelli delle convenzioni da esso poste in essere, al netto delle dirette utilizzazioni che le direzioni Aziendali fanno di tali sezioni;
- dalla destinazione specifica data ai fondi della ricerca finalizzata regionale, fondi che ammontano a 413.000 euro. Va detto che l'iscrizione a bilancio di tali fondi avviene in virtù della normativa regionale specifica e che pertanto essi rappresentano una finalizzazione di una voce di spesa comunque prevista;
- i molti altri operatori presenti nei vari gruppi di lavoro, per i quali avrebbe poco senso scorporare il costo dovuto alle attività epidemiologiche da quelle professionali, gestionali o di staff.

FASI GENERALI DELLA VALUTAZIONE DEGLI ESITI

I risultati pubblicati nel volume B* del Dvss sono il portato di un lavoro triennale che si è articolato in due grandi fasi.

a) Individuazione degli indicatori di esito

Per la analitica descrizione delle metodologie seguite per la scelta degli indicatori da parte dei molti gruppi di lavoro che hanno visto coinvolte responsabilità professionali e gestionali, rinviamo al Volume D** del Dvss;

b) Misurazione ed utilizzazione degli indicatori di esito ai fini del miglioramento della qualità assistenziale

Questa fase è stata portata a termine tramite la realizzazione di un set integrato di progetti di ricerca finanziati nell'ambito dei bandi 2005, 2006 e 2007¹⁰ della ricerca finalizzata regionale.

Si trattava infatti da un lato di continuare a garantire il coinvolgimento delle responsabilità professionali e gestionali che avevano partecipato alla precedente fase di individuazione degli indicatori di esito anche nella fase di misurazione e ri-

flessione sul significato dei risultati ottenuti e dall'altro lato di evitare che le misurazioni fossero viziate dalle diverse capacità di utilizzazione delle competenze statistiche, epidemiologiche ed informatiche necessarie per il linkage e l'analisi dei data base amministrativi.

L'integrazione delle competenze nel caso di utilizzo integrato di data base amministrativi

La necessaria integrazione è stata ottenuta tramite la attivazione:

a) di progetti tematici di ricerca sulle aree assistenziali già al centro della fase di individuazione degli indicatori di esito;

In particolare nel bando 2005 della ricerca finalizzata regionale sono state fornite ai gruppi di lavoro regionale indicazioni metodologiche generali:

- a.1) sulle fasi da seguire per una omogenea ed integrata realizzazione degli studi;
- a.2) sui criteri e indicatori per la verifica dei risultati intermedi della ricerca:
 - coerenza tra la lista degli indicatori pro-

TABELLA 2 - Fasi proposte per lo sviluppo dei progetti tematici di ricerca nel bando 2005 della ricerca finalizzata regionale

Fase 1. Acquisizione elenco indicatori individuati con la Ricerca Finalizzata 2004, acquisizione basi-dati "amministrativi" dal SIS/OERU, e concertazione del piano di analisi tra professionisti e statistici/epidemiologi.

Fase 2. Misurazione degli eventi previsti con opportune disaggregazioni spazio-temporali e standardizzazione per i fattori di distorsione (età, sesso, case-mix, ecc.)

** http://www.sanita.regione.umbria.it/resources/Risorse/Volume_D_Book.pdf

* http://sanita.regione.umbria.it/resources/Risorse/Volume_B.pdf

¹⁰ Tra gli altri filoni di ricerca attivatisi nel 2007 segnaliamo: 1) individuazione e misurazione degli esiti dell'integrazione socio sanitaria; esiti dell'assistenza nelle cardiologie.

SEGUE TABELLA 2

Fase 3. Prima validazione dei risultati da parte dei professionisti del gruppo di ricerca

Fase 4. Analisi della variabilità per i fattori noti e generazione di ulteriori ipotesi di studio

Fase 5. Primo report strutturato dei risultati

Fase 6. Interpretazione dei risultati da parte dei Professionisti del settore utilizzando metodologie appropriate (es. Delphi, Focus Group)

Fase 7. Redazione del rapporto finale con caratteristiche appropriate alla sua pubblicazione come capitolo del DVSS secondo due livelli: sintetico ed analitico

posti e gli indicatori misurati

- validazione dei risultati da parte dei professionisti del gruppo di ricerca ed analisi della variabilità

a.3) sui criteri e indicatori per la verifica dei risultati finali:

- pertinenza del rapporto finale rispetto alla metodologia generale e specifica del Dvss
- redazione del rapporto finale nelle due versioni sintetica ed analitica

b) di un progetto di supporto ai precedenti in cui far confluire competenze informatiche, biostatistiche ed epidemiologiche in grado di garantire la qualità metodologica delle misurazioni e di interfacciarsi con i diversi gruppi di ricerca. Questo progetto trasversale ha preso il nome di *Progetto Sistema di Valutazione degli Esiti (Sve)*; ed il gruppo di lavoro multi professionale che lo ha realizzato è stato coordinato tecnicamente dal dottor Fabrizio Carinci: nel Volume B, la Parte 2 “*Metodologia delle valutazioni di esito basate sul linkage di database amministrativi*” descrive dettagliatamente le specifiche metodologiche seguite e contiene dettagliate ed articolate raccomandazioni per le future edizioni del Dvss.

Nello specifico il progetto Sve ha supportato i gruppi di ricerca attivi nelle seguenti aree tematiche:

- outcome del distretto socio sanitario
- outcome della medicina generale e della

- pediatria di libera scelta;
- outcome dei servizi di salute mentale;
- outcome degli ospedali dell'emergenza;
- outcome degli ospedali di territorio;
- mortalità intra ospedaliera ed a definiti intervalli dall'evento sanitario di cui si misura l'esito;
- outcome dei servizi di assistenza a gravidanza, parto e puerperio.

Altre fonti di dati utilizzate

Non tutti i risultati prodotti sono stati ottenuti tramite l'uso integrato di database amministrativi. Alcuni contributi sono infatti basati su data base amministrativi, ma i gruppi di lavoro ad essi dedicati hanno attinto a specifiche banche dati e quindi lavorato autonomamente dal gruppo Sve.

Questo è avvenuto in particolare per quanto riguarda:

- mortalità evitabile;
- coperture vaccinali;
- screening per il carcinoma della cervice uterina e della mammella;
- esiti dei dipartimenti di prevenzione, Izs ed Arpa;
- esiti dei servizi oncologici;
- esiti dell'attività di trapianto di rene.

Altri contributi rappresentano il risultato di misurazioni realizzate in assenza di data base amministrativi, vuoi perché oggettivamente non dis-

ponibili, vuoi perché ritenuti non affidabili.

In questi casi sono stati attivati, sempre tramite progetti di ricerca finalizzata regionale, studi ad hoc, e ciò è avvenuto in particolare per:

- esiti dei servizi per i Disturbi dei Comportamenti Alimentari;
- esiti dei servizi rivolti ai pazienti affetti da ictus;
- esiti dei servizi di riabilitazione;
- esiti dei servizi residenziali per anziani.

Le metodologie specifiche sono riportate nel Volume B del Dvss.

RISULTATI OTTENUTI E LIMITI EMERSI

Risultati ottenuti

Sembra opportuno focalizzare qui l'attenzione sia su una sintesi delle valutazioni di esito presentate con grande dovizia di particolari nei singoli capitoli del Volume B del Dvss e che qui non avrebbe senso sintetizzare, sia sui fenomeni organizzativi che le interazioni attivate con le valutazioni di esito hanno fatto emergere.

Sintesi delle valutazioni di esito presentate

Il volume B del Dvss presenta misurazioni relative ad esiti di salute per 13 aree assistenziali (tab. n. 3), che coprono un parte consistente, anche se non la totalità, dei quelle attivate dal Ssr e/o previste nei Lea.

La tabella 3 sintetizza per ciascuna aree assistenziale, alcune grandi informazioni riferibili al complesso delle misurazioni effettuate:

- **la tipologia dell'esito di salute misurato:** nella maggior parte di queste aree assistenziali sono stati valutati esiti finali di salute, ancorché riferiti a frazioni di rilevanza molto eterogenea della funzione assistenziale cui si riferiscono, mentre tra le misure di esito inter-

medio vengono spesso inserite anche valutazioni relative a processi assistenziali, ritenute dai gruppi di lavoro strettamente collegati (per le evidenze di efficacia teorica disponibili) ad un esito positivo di salute e sulla cui scelta si sofferma il Volume D del Dvss.

- **le indicazioni che emergono nel confronto con altre realtà extraregionali, ove vi siano dati disponibili ed il confronto abbia un senso:** uno dei problemi più rilevanti riguarda la disponibilità di misurazioni e/o standard per i confronti con altre realtà regionali, indispensabili per le comparazioni relativi tra gli esiti dell'assistenza erogata in Umbria e quelli riscontrati in altre realtà con le quali ha senso confrontarsi. Qui occorre osservare che tali misurazioni sono disponibili soprattutto per l'ospedale, per la mortalità evitabile, per le vaccinazioni e gli screening, per gli infortuni sul lavoro se facciamo riferimento all'uso di data base amministrativi, mentre alcune valutazioni basate su indagini ad hoc presentano confronti derivanti da indagini analoghe;
- **la tendenza temporale che emerge dalle misurazioni effettuate nel complesso dell'area assistenziale:** queste hanno un andamento talora alterno in quanto non emerge una convergenza tra tutti gli esiti misurati in una definita area assistenziale;
- la eventuale presenza di variabilità intraregionale per le misurazioni che hanno prodotto dati di livello Aziendale o distrettuale:** Quanto agli andamenti osservabili all'interno della regione, essi riguardano sostanzialmente la presenza di scostamenti "dall'atteso" "positivi" o "negativi", in quanto statisticamente significativi¹¹.

¹¹ Questo livello di osservazione, non sempre possibile e/o disponibile, apre alla successiva fase di approfondimento da parte delle realtà gestionali e/o professionali interessate, che sono chiamate a: 1) validare i dati; 2) fornire interpretazioni sulle possibili spiegazioni dello scostamento osservato, sia in termini di misure organizzative e pratiche professionali che possono aver prodotto esiti migliori di quelli rilevati in altri servizi della regione, sia dato luogo ad esiti indesiderati; 3) in questo ultimo caso, devono essere formalmente proposte, d'intesa con le direzioni Aziendali e con i gruppi di lavoro, indicazioni per migliorare la qualità assistenziale e/o gli esiti complessivi del servizio.

TABELLA 3 - Sintesi delle valutazioni di esito presentate nel volume B del DVSS.

Aree di valutazione	Tipologia di esito di salute	Confronti con realtà extraregionali	Tendenza	Variabilità intra regionale
1) Mortalità evitabile	Esiti finali	Favorevole (salvo overdose)	Al miglioramento (salvo overdose)	Presente
2) Coperture vaccinali	Esiti intermedi	Favorevole	Al miglioramento	Assente
3.1) Screening cervice	Esiti intermedi	Favorevole	Al miglioramento	Presente
3.2) Screening mammella	Esiti finali (RTUP) Esiti intermedi	Non disponibile Favorevole	Al miglioramento "	Presente Non rilevata
4) DP, IZS				
4.1) San. Pubbl.	Esiti finali	Non disponibile "	Al miglioramento	Presente
4.2) PSAL	Esiti intermedi	Favorevole	Alterna	"
4.3) San.Veter	Esiti finali Esiti intermedi	Non disponibile Non disponibile	Alterna Alterna	Presente Presente
4.4) Sic. Alim	Esiti intermedi	Non disponibile	Alterna	Presente
5) Distretti				
5.1) Cont.Assist.	Esiti intermedi	Non disponibile	Alterna	Presente
5.2) Ass.farmac.	Esiti intermedi	Non disponibile	Alterna	Presente
5.3) Gravid <18a	Esito finale	Non disponibile	Al miglioramento	Assente
5.4) Ospedalizz.	Esito finale Esiti intermedi	Non disponibile "	Alterna "	Presente "
5.5) Mortalità	Esiti finali	Non disponibile	Alterna	Presente
5.6) Prevalenza	Esiti finali Esiti intermedi	Non disponibile "	Alterna "	Presente "
5.7) Screening	Esiti intermedi	Non disponibile	Al miglioramento	Presente
5.8) Residenze	Esiti intermedi	Non disponibile	Non disponibile	Non rilevata
6) Mmg e pls				
6.1) Mmg	Esiti finali Esiti intermedi	Non disponibili "	Alterna "	Presente "
6.2) Pls	Esiti finali Esiti intermedi	Non disponibili "	Alterna "	Presente "
7) Salute mentale				
7.1) DCA	Esiti intermedi Esiti intermedi	Disponib. in parte Disponib. in parte	Alterna Solo base line	Non rilevata. Non rilevata
8) Ospedale				
8.1) Volume	Esiti intermedi	Disponibile con risultati alterni	Alterna	Presente
8.2) Mort. intraosp	Esiti finali	" "	"	"
8.3) Utilizzo	Esiti intermedi	" "	"	Presente
8.4) Sicurezza	Esiti finali Esiti intermedi	" " "	Alterna Alterna	" "
8.5) Mort. x definiti intervalli dall'evento	Esiti finali	Non disponibile	Alterna	Presente
9) IIB e PS x gravi traumatismi	Esiti finali Esiti intermedi	Disponibile con risultati alterni "	Alterna "	Presente "
10) Servizi materno infantili	Esiti finali Esiti intermedi	Disponibile con risultati alterni "	Alterna "	Non rilevata Presente
11) Assistenza ictus	Esiti finali Esiti intermedi	Sfavorevole (cfr standard)	Non rilevata	Non rilevata
12) Oncologia	Esiti finali Esiti intermedi	Disponibile "	Alterna "	Presente "
13) Trapianti rene	Esiti finali	Favorevole	Al miglioramento	Assente
12) Riabilitazione (studio pilota)	Esiti finali Esiti intermedi	Disponibile	Non disponibile	Presente
13) Servizi residenziali	Esiti finali	Disponibile con risultati alterni	Non rilevata	Non rilevata

#Tipologie di esito di salute: Esito finale; esito intermedio; soddisfazione del cittadino (vedi C. Romagnoli, F. Carinci, C. Cicioni, F. Stracci, M. Taddei " IL DVSS: modello generale e approccio alla valutazione degli esiti". In Volume D DVSS " Individuazione degli indicatori di esito nel DVSS", SEDES, 2006 Perugia; pag. 16).

* La tendenza viene qui classificata come miglioramento o peggioramento (ove nelle misurazioni i test statistici convergono), stabile (ove nelle misurazioni i test statistici non evidenziano variazioni significative) o alterna (ove nelle misurazioni i test statistici evidenziano variazioni significative in campi consistenti di valutazione ma non convergenti).

* La variabilità intra regionale viene classificata come presente o assente a seconda della significatività statistica negli scostamenti dalla media regionale relativi a misurazioni effettuate a carico di specifiche ASL, distretti, presidi ospedalieri.

FENOMENOLOGIA DELLE RETI COGNITIVE CONDIVISE NELLE ORGANIZZAZIONI PROFESSIONALI

Se i richiami sviluppati nei paragrafi di questa introduzione sulla *clinical governance* rispondono ad una serie di assunzioni di carattere “astratto” mutate dalla sociologia sulle organizzazioni sanitarie, il lavoro concretamente svolto per produrre il Dvss ha permesso di osservare “in vivo” una serie di interessanti fenomeni organizzativi.

In sintesi è accaduto che:

- 1) il progetto Dvss in quanto finalizzato alla valutazione condivisa degli esiti si è rivelato creatore di senso per l'attività cognitiva dei professionisti;
- 2) l'affermarsi di una idea condivisa – produttrice di senso – ha dato luogo ad aggregazioni di professionisti interessati alla condivisione di conoscenze anche in quanto attivi in aree di lavoro omogenee: nel caso specifico tutto quello che hanno ritenuto inerente alla valutazione degli esiti della loro attività;
- 3) queste aggregazioni di professionisti si sono caratterizzate, in termini organizzativi, come dispositivi organizzativi ad adesione spontanea volti a condividere conoscenze, dando luogo a reti cognitive condivise¹²;
- 4) queste reti cognitive condivise hanno mostrato una maggiore capacità di raggiungere il loro fine legittimo sia nella fase di individuazione degli indicatori di esito, che in quella di analisi dei determinanti di esiti, in quanto:
 1. connotate da una leadership autorevole, espressione dell'area professionale specifica, la cui funzione principale consiste nel rafforzare il senso che la valutazione degli esiti ha per il suo ruolo sociale;
 2. integrate da specialisti in funzioni di supporto e connessione (epidemiologi, biostatistici, informatici ecc);

5) il ruolo che l'Osservatorio Epidemiologico ha svolto nei confronti di queste reti è stato quello di un “metaorganizzatore”¹³, volto a governare la condivisione, senza prefigurare, per i professionisti un ruolo esecuzione, quando addirittura non di soggetto controllato.

6) Oltre alla creazione di senso ed al rafforzamento del ruolo sociale che le reti cognitive comportano per i loro membri, è emersa anche la chiara consapevolezza degli altri vantaggi che l'appartenervi comporta:

- a. un differenziale di velocità nella produzione di nuova conoscenza e nella valorizzazione dei suoi usi;
- b. una padronanza del contesto superiore a chi non sta in una rete;
- c. l'internità ad una rete di alleanze e cooperazioni che consentono di contrattare e controllare le modalità di uso della conoscenza entro tutto il circuito della condivisione.

Tutto questo potrebbe rappresentare tanto una validazione quanto uno sviluppo:

- delle tesi *mintzbergheriane* sulle organizzazioni professionali che si arricchiscono di osservazioni empiriche sulle modalità con cui questa tipologia organizzativa può produrre innovazione qualora si creino le condizioni per l'impianto e l'attecchimento di reti cognitive condivise;
- delle funzioni gestionali nella *clinical governance*, già declinate nella ancora generica proposizione “far lavorare bene i professionisti”, che ora assume la più concreta connotazione di governare la condivisione.

Infine, su un piano più astratto, è interessante osservare come la sanità in quanto organizzazione professionale a forte densità di lavoratori cognitivi abbia rappresentato e rappresenti tuttora un ricco laboratorio per analizzare funzioni e relazioni proprie delle nuove economie basate sulla conoscenza.

¹² Sulle reti cognitive vedi: 1) Enzo Rullani, *Produzione di conoscenza e valore nel postfordismo, in L'età del capitalismo cognitivo. Innovazione, proprietà e cooperazione delle moltitudini*, a cura di Yann Moulier Bouteng, Ombre corte/culture, 2003, Verona; 2) Carlo Vercellone (a cura di), *Capitalismo cognitivo. Conoscenza e finanza nell'epoca postfordista*, Manifesto Libri, Roma, 2006.

¹³ La funzione di “organizzatore” è un classico portato dell'approccio fordista all'organizzazione del lavoro e consiste nel separare la progettazione dalla esecuzione (io progetto, tu esegui); si tratta di un approccio forse appropriato per configurazioni organizzative con un nucleo operativo a discrezionalità applicativa nulla o bassa, una condizione sempre più difficile da riscontrare nelle moderne economie basate sulla conoscenza e sicuramente assente nelle organizzazioni professionali.

Limiti emersi

Tra i molti limiti di questo primo ciclo di studi valutativi condotto dall'Oeru, emergono (rinviando al Progetto Sve contenuto nella seconda parte del Volume B del Dvss per una sistematica rassegna dei limiti metodologici desumibili dalle raccomandazioni contenute nel capitolo 1.5 del rapporto finale) alcune criticità.

Insufficiente interfaccia e/o supporto con alcune aree professionali.

Nel quadro di una buona adesione generale, occorre registrare come accanto al vasto coinvolgimento dei macrolivelli gestionali, in questa prima fase alcune aree professionali non sono state coinvolte nel processo di valutazione degli esiti (es.: nefrologia, nursing ecc), così come alcuni gruppi di lavoro non sono riusciti a restare all'interno dei tempi generali previsti (es.: dipendenze), mentre infine altre si sono dimostrate così avanti rispetto alla nostra proposta da dare luogo ad una adesione differenziata (es.: cardiologi).

Rispetto alle mancate adesioni il problema consiste nei limiti che l'Oeru ha avuto nell'attivazione di interfaccia relazionali più efficienti e nello stimolo fornito attraverso l'incentivazione di percorsi formativi mirati, la costruzione di momenti pubblici di discussione seminariale ed una interazione maggiore con le rispettive leadership. Si tratta dunque di lavorare per creare le condizioni di *rete cognitiva condivisa* che si sono già sviluppate in molti degli ambienti professionali e gestionali della nostra regione.

Il problema dell'insufficiente supporto ai gruppi di lavoro che non sono riusciti a collocarsi all'interno dei tempi generali del progetto descrive sia i limiti di una visione puramente funzionale dell'Oeru, sia gli effetti degli scarsi investimenti fatti sul capitale intellettuale assegnato a tale struttura, sia una fragilità della condivisione di quella "rete cognitiva" sopra richiamata.

Vale la pena di soffermarsi sulla difficoltà che l'Oeru ha avuto in questi anni "a portare a casa" risorse stabili e qualificate, perché esse delineano

una metafora che è valida per tutte le organizzazioni basate sulle conoscenze.

Le difficoltà possono essere ascritte a due livelli:

- *le barriere che le normative nazionali pongono da molti anni alla stabilizzazione dei lavoratori cognitivi in sanità*, creando un precariato diffuso che comporta scarsi risparmi a fronte di una cronica destrutturazione della qualità delle condizioni istituzionali in cui il lavoro cognitivo si realizza; la ricercata incertezza dell'orizzonte occupazionale non favorisce né la motivazione all'apprendimento, né la frequentazione dignitosa e paritaria delle reti cognitive, inibendone la condivisione; sul versante dell'organizzazione, l'investimento formativo diviene proceduralmente difficile e ad alto rischio per quanto riguarda i giovani lavoratori cognitivi (quelli per i quali le ricadute potrebbero essere ottimali), mentre l'età media della popolazione lavorativa attiva si innalza con una relazione inversamente proporzionale con la motivazione all'aggiornamento ed alla innovazione e la redditività dei proceduralmente percorribili percorsi formativi;
- *le barriere endoregionali*, delle quali si è fatto cenno nel capitolo 4.2.1 del Volume C del Dvss *Fattori critici per la programmazione sanitaria presenti nel modello organizzativo della Drss*.

La monumentalizzazione della valutazione

In effetti, il Dvss in generale e la misurazione degli esiti in particolare hanno prodotto grosse moli di informazioni, che hanno avuto, nella prima edizione, sostanzialmente il senso di dare una corposità non trascurabile al lavoro fatto, una evidenza materiale volta a stanare interlocutori distratti o recalcitranti, quasi per imporre una interazione.

L'agilità della forma grafica scelta ha permesso di mantenere la cosa nei limiti del buon gusto, ma la "monumentalizzazione" che si è determinata va riconosciuta, elaborata anche attraverso una buona dose di autoironia e ne va programmato il superamento. Il trasferimento on-line degli ag-

giornamenti e una sempre maggiore sintesi nei rapporti cartacei possono contribuire a ridurre le ridondanze editoriali.

UTILIZZAZIONE DEGLI INDICATORI DI ESITO IN UN CICLO DI MIGLIORAMENTO CONDIVISO DELLA QUALITÀ

Il Dvss ha prima esplicitato la modellistica delle relazioni e quindi operato una prima quantificazione delle due principali componenti dello stato di salute di una popolazione:

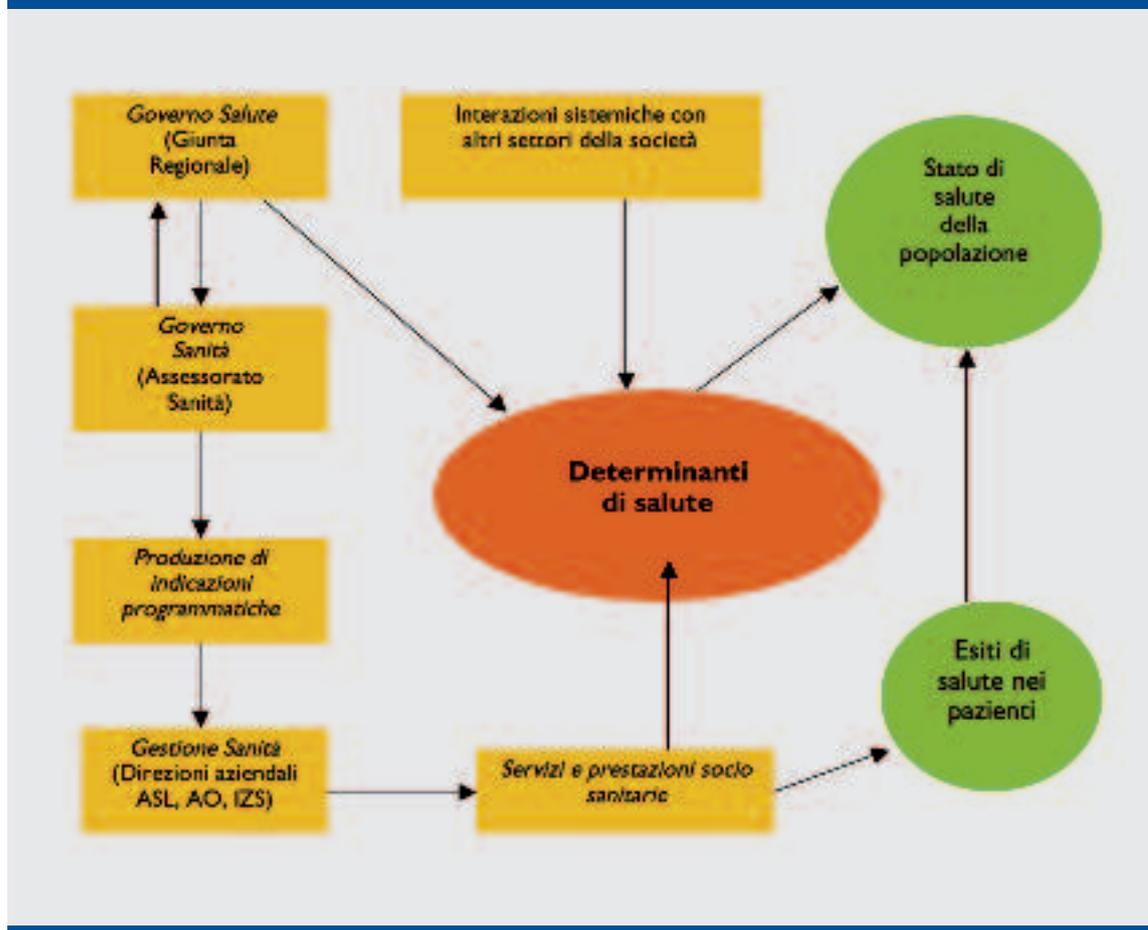
- i *determinanti di salute* (Volume A);
- gli *esiti* che i pazienti hanno avuto come conseguenza *dei trattamenti* socio sanitari dispensati dal Ssr (Volume D e Volume B del Dvss).

Ai contributi del Dvss si affiancano quelli dei cen-

tri interAziendali, tra cui spiccano, in questa sede quelli forniti dal Centro InterAziendale per la sperimentazione del bilancio sociale, che ha per l'appunto definito un modello condiviso e partecipato di bilancio sociale e lo sta ora sperimentando, permettendo così al nostro Ssr di disporre di un ulteriore e più globale modello di valutazione sull'impatto complessivo delle nostre Aziende sanitarie. Tutto ciò è coerente con il quadro concettuale esplicitato nella figura n. 1, dove si insiste anche sui nessi tra i diversi livelli di governo e le variabili che concorrono a definire la salute, e che rappresenta una buona base concettuale per la programmazione socio sanitaria.

Per passare dalla attuale fase sperimentale alla messa a regime è necessario superare le aporie presenti nell'attuale sistema ordinario della pro-

FIGURA 1 - Relazioni tra scelte dei livelli decisionali, qualità degli interventi socio sanitari e loro impatto su determinanti, esiti e stato di salute.



grammazione ed in quello parallelo dei controlli vigenti oggi nelle Aziende sanitarie¹⁴.

Per quanto riguarda la programmazione il cosiddetto sistema Aziendale di budget ha uno sviluppo piuttosto eterogeneo ed è stata abbondantemente stigmatizzata nei paragrafi precedenti la sua inclinazione a lavorare su *output* e fatturati, con le distorsioni che ne derivano.

Qui si tratta di far evolvere tali sistemi in modo da favorire una maggiore chiarezza e globalità dei passaggi metodologici delle diverse fasi della programmazione, avendo come riferimento il percorso metodologico concertato con i responsabili umbri di struttura complessa che hanno partecipato ai corsi di formazione in servizio tenuti a Villa Umbra sulla *clinical governance* (tab. 4).

TABELLA 4 - Passaggi metodologici per rendere il processo di budget funzionale ad un percorso di miglioramento condiviso della qualità assistenziale (per SSCC e dipartimenti).

Passaggi metodologici	Attore organizzativo responsabile della realizzazione del passaggio metodologico
Fase A) Formulazione programma	
1) Descrivere appropriatamente l'attività di offerta garantita nell'anno precedente dalla SC (attività svolte in relazione a risorse assegnate, sistemi operativi attivati, esiti raggiunti)	Responsabile SSCC / Responsabile dipartimento con supporto staff Aziendali
2) Definire il bacino di utenza potenziale ed analizzarne i principali problemi di salute pertinenti con le aree di attività disciplinare della SC	Direzione Aziendale (definizione bacino di utenza potenziale); responsabile SSCC/ dipartimento con supporto staff Aziendali (analisi problemi salute)
3) Definire l'ordine di priorità con cui affrontare i problemi di salute sulla base di criteri espliciti	Responsabile SSCC / Responsabile dipartimento con direttore sanitario e supporto staff Aziendali
4) Elencare gli interventi funzionali a risolvere i problemi di salute documentando per ognuno: costo efficacia; condizioni di sicurezza; garanzie di equità di accesso per i più svantaggiati; appropriato livello di presa in carico; competenze dei pazienti; eventuali relazioni organizzative per garantire continuità assistenziale	Responsabile SSCC / Responsabile dipartimento con supporto staff Aziendali)Almeno per attivazione nuove attività/ SSCC) validato dal direttore sanitario
5) Negoziare le risorse con la direzione del dipartimento (se SSCC) / Aziendale (se dipartimento)	Attori citati.
6) Concertare gli obiettivi con specifici riferimenti alle aree di miglioramento della qualità professionale e quindi prevedendo almeno un obiettivo per: efficacia, efficienza, sicurezza, appropriatezza, equità di accesso, coinvolgimento dei cittadini, continuità assistenziale	Responsabile SSCC / Responsabile dipartimento con direttore sanitario e supporto staff Aziendali
7) Redigere il programma delle attività assistenziali formalizzando la concatenazione logica e temporale delle attività scelte per raggiungere gli obiettivi	Responsabile SSCC / Responsabile dipartimento con supporto staff Aziendali
Fase B) Realizzazione del programma	
1) Socializzare appropriatamente il programma nella SC e nel dipartimento	Responsabile SSCC / Responsabile dipartimento con supporto staff Aziendali e validazione direttore sanitario
2) Concertare campi di autorità, delegare responsabilità, presidiare le aree di interazione	Responsabile SSCC / Responsabile dipartimento con eventuale supporto staff Aziendali
3) Attivare il sistema di controllo in relazione ad ambiti e strumenti appropriati tanto per i controlli esterni che per quelli interni"	Responsabile SSCC / Responsabile dipartimento con supporto staff Aziendali
4) Valutare gli esiti	Responsabile SSCC / Responsabile dipartimento con supporto staff Aziendali
5) Redigere una relazione di sintesi al termine del programma	Responsabile SSCC / Responsabile dipartimento con supporto staff Aziendali

¹⁴ Vedi i paragrafi "4.3.6.2) Organizzazione e funzionamento del dipartimento nella Clinical Governance secondo le opinioni dei responsabili" e "4.3.6.3) Organizzazione e funzionamento delle strutture complesse nella Clinical Governance secondo le opinioni dei responsabili" in Volume C DVSS, pp. 243-268.

In questo modo sarà possibile non solo incardinare le valutazioni di esito dell'assistenza tra le misurazioni svolte ma soprattutto si punterà a rendere pienamente funzionale al miglioramento condiviso della qualità dell'assistenza la programmazione Aziendale, prevedendo routinariamente obiettivi per ciascuna delle diverse aree che concorrono alla qualità dell'assistenza e misurandone il raggiungimento attraverso indicatori di esito sempre più rivolti a valutare la persona nella sua globalità.

Un risultato che non può essere raggiunto tramite approcci programmatici paralleli e verticali. Un altro passaggio fondamentale da mettere a regime con il nuovo piano socio sanita-

rio regionale riguarderà il sistema dei controlli da articolare in:

1. *controlli interni*, affidati ad audit centrati anche sulle misurazioni di esito, cui fanno capo la gran parte delle attività svolte in relazione alle aree di miglioramento della qualità professionale (sicurezza, efficacia, appropriatezza, continuità assistenziale, equità, coinvolgimento dei pazienti, efficienza clinica);
2. *controlli esterni*, affidati agli staff Aziendali quando siano relativi a definite aree di output (es.: liste di attesa, mobilità passiva e attiva), al raggiungimento degli obiettivi programmati, al bilancio sociale di Azienda ecc, salvo quando siano presenti interessi extraorganizzativi.

CRITICITÀ METODOLOGICHE DEI PROCESSI DI VALUTAZIONE

Cesare Cislaghi *, Mario Braga **

* Age.na.s., Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

** IDI Istituto dermatologico dell'Immacolata - Roma

INTRODUZIONE

Se si cerca sul dizionario il significato del termine “valutazione” si trova che è “l’azione dell’assegnare un valore ad una entità” e parimenti è anche il risultato dell’azione stessa. In altri termini, la valutazione è un atto tendente ad attribuire valore a fatti, eventi, oggetti in relazione agli scopi perseguiti.

Si fa ad esempio della valutazione, corretta o scorretta che sia, quando si usa la percentuale di mortalità intraoperatoria successiva ad interventi di bypass aortocoronarico per giudicare le performances dei centri di cardiocirurgia di una de-

terminata area: l’evento è l’attività chirurgica e il valore è la percentuale di sopravvissuti all’intervento, il tutto finalizzato ad una decisione che può essere per il paziente la scelta dell’ospedale o per il direttore generale dell’Azienda sanitaria la necessità o meno di intervenire sui processi clinico-organizzativi.

La sequenza che lega l’azione all’entità è composta da diverse fasi che possono essere descritte come nella figura 1.

La *nomenclatura* è la definizione concettuale degli aspetti da considerare e consiste nella parcellizzazione di una entità complessa (qualità tecnica di

Figura 1 - Come nasce la valutazione



una equipe chirurgica o di un centro di cardiocirurgia, profilo di attività di un ospedale) in alcune sue dimensioni elementari (tipo di intervento chirurgico, definizione di mortalità intraoperatoria, sistema di classificazione isogravità) cui viene assegnato un codice di riferimento, solitamente un “nome”. I nomi assegnati agli attributi di una entità non sono ovviamente nell’entità stessa, ma sono strumenti per avvicinarsi alla conoscenza della realtà stessa.

Questa operazione corrisponde ad un processo conoscitivo consistente nella traduzione di un fenomeno (ad esempio una serie di sintomi) nel suo modello concettuale (definizione di una sindrome, come ad esempio l’Aids che è una astrazione concettuale ma clinicamente utile).

Esistono diversi sistemi di classificazione in continua evoluzione, e ad esempio per i Drg si sta adottando la XIX revisione. L’evoluzione di questi sistemi può dipendere sia dall’emergere di nuovi eventi, sia da una diversa concettualizzazione riguardante eventi già presenti ed in altro modo classificati.

È importante ricordare sempre che tutte le statistiche non sono statistiche degli eventi bensì statistiche delle nomenclature con cui sono classificati gli eventi; e talvolta l’uso di nomenclature non adeguate porta ad una distorsione anche importante delle fasi successive del processo valutativo.

La *registrazione* è l’assegnazione di una modalità specifica, qualitativa o quantitativa, ad una dimensione definita dalla nomenclatura.

Essa può consistere in una etichettatura quando si assegna all’entità l’etichetta più omogenea tra un insieme di etichette associate ad una specifica nomenclatura (Disease Staging, Apr Drg); oppure può consistere in una misura quando è possibile individuare una “unità di misura” e contare quante volte l’unità è compresa nella dimensione dell’entità (giorni di degenza).

Questo processo è articolato e comprende l’atto del classificare e quello della registrazione vera e propria.

Nel primo, l’elemento più importante è la ripetibilità dell’operazione, cioè l’elevata probabilità che chiunque ripeta la stessa operazione la compia nel medesimo modo. Vari studi hanno evidenziato una bassa ripetibilità dei processi classificatori, tanto che l’assegnazione di una categoria ad un evento da parte di diversi operatori presenta una variabilità non molto differente da quella casuale; per questo motivo la caratteristica principale dei sistemi nomenclatori e degli operatori codificatori è quella di garantire che la difformità di comportamenti classificatori sia la più piccola possibile.

La *descrizione* consiste nell’arricchimento della registrazione con opportuni denotatori o connotatori capaci di riferire la stessa a un insieme di appartenenza (ad esempio i parti cesarei rispetto a tutti i parti) o a diversi insiemi di relazione (ad esempio le Ivg rispetto al numero donne in età fertile). La descrizione consente di specificare il contesto e le opportunità di lettura e di interpretazione degli elementi rilevati, potendoli finalizzare così anche agli obiettivi della valutazione. La descrizione riesce a cogliere aspetti che non possono essere automaticamente dedotti dalla rilevazione. La “conta” di alcuni eventi non dà molte informazioni, e quindi non descrive nulla, se non è riferita ad una insieme di unità relazionabili agli eventi stessi. Contare un certo numero di ricoveri descrive immediatamente l’ampiezza dell’ospedalizzazione, ma non dice se sono un numero confacente alle potenzialità di offerta di un presidio ospedaliero (per il quale devono essere riferiti ad esempio ai posti letto) o se sono un numero confacente all’appropriatezza della domanda sanitaria (per il quale devono essere riferiti alla popolazione opportunamente individuata e aggiustata per i fattori di rischio).

Il *monitoraggio* consiste invece nel continuo riferimento di una descrizione ad un predefinito insieme, per coglierne l’omogeneità o la distanza da questo. Il riferimento può essere il valore della stessa ad un determinato tempo, oppure alcuni dei valori della descrizione assunti in diversi

ambiti geografici o in diversi gruppi di popolazione o ancora un insieme di valori convenzionali. L'insieme predefinito è sempre esterno all'entità stessa ed è del tutto convenzionale, per quanto esso si basi su ragionamenti logici e scientifici. Quasi sempre il monitoraggio avviene definendo in modo del tutto convenzionale il riferimento ed il problema più grave è proprio la difficoltà di arrivare a giustificarne la giustezza o l'opportunità. Normalmente si applica un "principio di autorità" dove l'autorità può essere professionale (parere di esperti), istituzionale (decisione politico-amministrativa), collettiva (la media dei comportamenti della popolazione).

La *valorizzazione* consiste nell'assegnare un valore allo scostamento di una descrizione dal suo riferimento, valore positivo, negativo o relativo, ma determinato inevitabilmente dallo specifico utilizzo che si vuol fare della valutazione in funzione della decisione che si intende adottare. L'elemento di valorizzazione e di finalizzazione ad una decisione sono essenziali perché un processo valutativo sia realmente tale. Ciò significa che non è possibile un processo valutativo al di fuori di processo decisionale anche se essi possono essere tra loro disgiunti.

Quanto sin qui detto potrebbe apparire una inutile complicazione concettuale, ma non è così! Troppo sovente, infatti, nei processi valutativi non ci si chiede bene cosa si stia facendo e quali elementi si stiano introducendo nel processo senza neppure accorgersene. È indispensabile perciò distinguere almeno le descrizioni dai monitoraggi e dalle valutazioni vere e proprie.

LA FASE DESCRITTIVA

Molte cosiddette valutazioni altro non sono infatti che semplici descrizioni, spesso progettate più sulla luce che non sugli oggetti da illuminare: laddove "ci sono i dati" si costruiscono miriadi di indicatori, dove i dati non ci sono (o sono di bassa qualità o di difficile raccolta) gli oggetti restano del tutto oscurati e così la realtà può apparire totalmente diversa da quello che magari

è effettivamente. Scambiare l'immagine con la realtà è il pericolo più frequente e tra l'altro il più difficile da evitare. Infatti avvicinarsi alla realtà solo con le immagini di questa non consente di avere alcun segnale per accorgersi delle distorsioni in cui si rischia di incorrere. La progettazione e la realizzazione delle descrizioni sono allora dei momenti molto delicati cui spesso non viene dato tutto il valore che essi dovrebbero avere.

La rilevanza di queste attività non è limitata solamente al controllo/contenimento di possibili effetti distorsivi determinati dalla presenza di zone illuminate e di zone in ombra, o addirittura al buio, ma deriva da altri due aspetti: la predefinizione dei risultati in funzione dei "principi guida" (valori) scelti per orientare la valutazione; gli effetti collaterali determinati dal sistema di valutazione, soprattutto quando le azioni conseguenti al processo valutativo sono associate ad un sistema premiante e/o penalizzante. Per quanto riguarda il primo aspetto, è del tutto evidente come i valori ispiratori di un determinato contesto entrino nella costruzione di un sistema di valutazione. Se ad esempio si è scelto di utilizzare il rispetto del principio della universalità e solidarietà di un sistema sanitario, ciò comporta in primo luogo la inclusione nella valutazione di indicatori che misurino il grado di raggiungimento di questo obiettivo e successivamente l'attribuzione di un peso coerente a questo/i indicatori. La decisione, ad esempio, di utilizzare come criterio di valutazione la quota di popolazione coperta dal sistema sanitario, determina la posizione gerarchica dei diversi elementi che entrano nel sistema di valutazione.

Nello schema tratto dal rapporto dell'Organizzazione mondiale della Sanità del 2000 emerge anche lessicalmente il giudizio sui diversi tipi di servizi di medicina di base.

Passando ad un contesto più ampio, la definizione delle funzioni e degli obiettivi del sistema determinano in maniera sostanziale la scelta, la composizione ed il peso dei singoli indicatori e

Figura 2 – La definizione Oms dei servizi di medicina di base

PRESTAZIONI COMPRESSE	POPOLAZIONE INCLUSA	
PRESTAZIONI DI “BASE” O SEMPLICI	SOLO I POVERI ASSISTENZA SANITARIA “PRIMITIVA”	TUTTI CONCETTO ORIGINARIO
PRESTAZIONI “ESSENZIALI” E COSTO-EFFICACI	ASSISTENZA PRIMARIA “SELETTIVA”	NUOVO UNIVERSALISMO
TUTTO CIÒ CHE È MEDICALMENTE UTILE	(MAI CONTEMPLATA SERIAMENTE)	UNIVERSALISMO CLASSICO

Da Frenk J.: Building on the Legacy: primary health care and the new policy directions at WHO. Address to the American Public Health Association, Chicago, 1999.

del loro assemblaggio.

Nel caso dell’Oms, gli obiettivi che si presume dovrebbe realizzare un Sistema sanitario sono:

- Good health*, l’obiettivo di realizzare uno stato di “Buona salute” contempera due diversi concetti: Il “miglior” livello medio di salute ottenibile – goodness, “bontà del livello di salute”– e, la minore differenza di salute realizzabile fra individui e gruppi–fairness, “giustizia della distribuzione della salute”.
- Responsiveness to the expectations of the population* (risposta alle aspettative della popolazione).
- Fairness of financial contribution* (giustizia del sistema contributivo destinato alla sanità).

Il risultato del processo di gerarchizzazione dei Sistemi Sanitari, che vede i paesi con sistemi di tipo solidaristico ed universalistico (ad es. Francia, Italia, Spagna) in posizioni più elevate dei paesi che non hanno queste caratteristiche (ad es. Stati Uniti) riflette la scelta degli obiettivi generali precedentemente elencati.

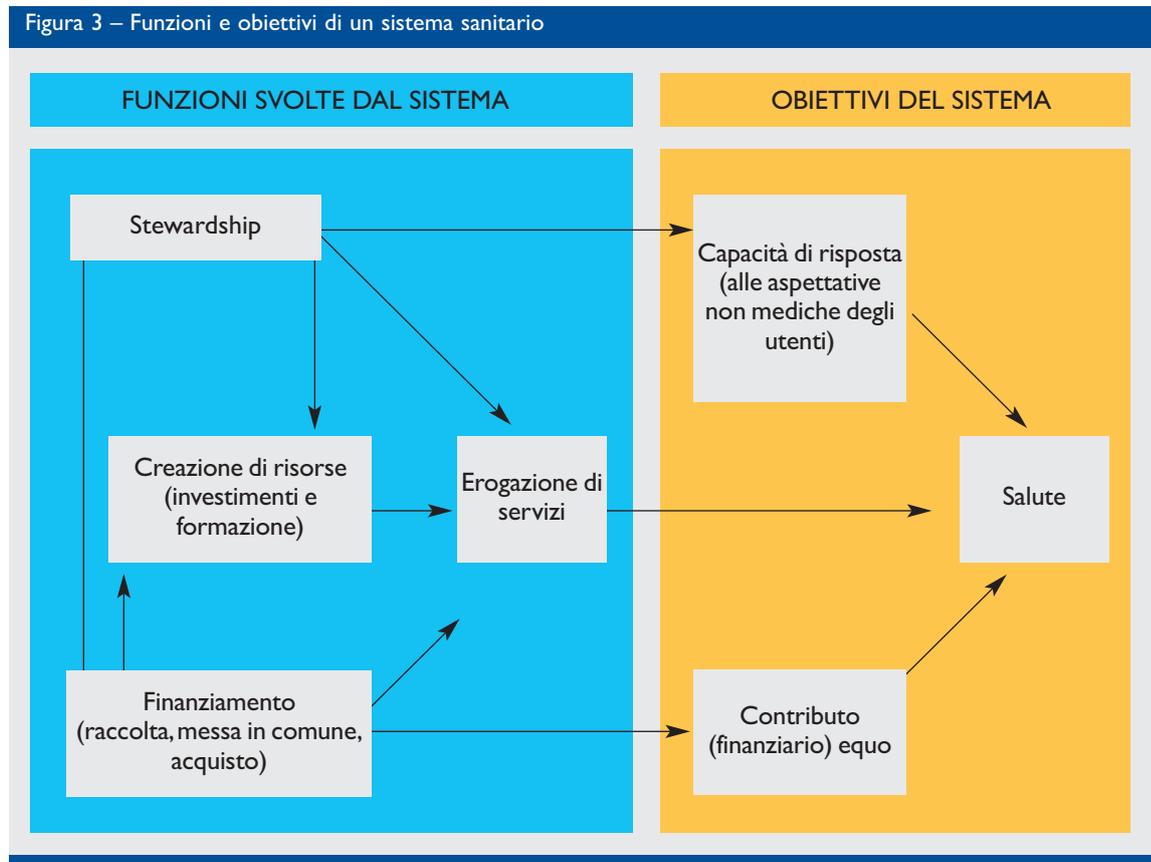
Il secondo aspetto, gli effetti collaterali del sistema, dipendono in parte dalla disponibilità di dati su cui costruire gli indicatori, dall’altro dal fatto che l’impegno di risorse richiesto per avviare e mantenere un sistema di valutazione comporta, in condizioni di invarianza delle risorse presenti, una minore attenzione e considerazione dei settori che non sono oggetto della valu-

tazione. Se, ad esempio, un indicatore riguarda la mortalità delle fasce di età più giovani, è possibile che minori risorse vengano destinate ad altri gruppi di età con il conseguente peggioramento delle probabilità di sopravvivenza di questi soggetti.

LA FASE DI MONITORAGGIO

I monitoraggi necessitano, come si è detto, di avere dei riferimenti precisi con cui confrontare le descrizioni disponibili: solitamente questi riferimenti sono chiamati, anche se spesso impropriamente, standard. Si dovrebbero chiamare standard infatti solo quei riferimenti di cui si è potuto in qualche modo dimostrare che corrispondono ad una situazione di normalità o di normatività. La normalità, in senso statistico, è un riferimento distribuzionale e può essere un valore centrale della distribuzione o un intervallo in cui ricadono sperimentalmente una quota importante di soggetti; la normatività invece è definita da una “regola” esterna che stabilisce, attraverso un procedimento talvolta complesso e purtroppo spesso non trasparente, se una situazione debba considerarsi “a norma” oppure no (v. fig. 3). Spesso gli standard sono tutt’altro che sorretti da giustificazioni scientifiche o da rilevazioni esaurienti; sarebbe allora molto più corretto sostituire il termine standard con il termine target che

Figura 3 – Funzioni e obiettivi di un sistema sanitario



definisce un livello operativo stabilito su un giudizio soggettivo di opportunità, tecnica e/o amministrativa. In campo biologico o clinico si riesce spesso a definire degli standard, ad esempio quelli relativi agli esami di laboratorio di analisi cliniche. In epidemiologia od in economia sanitaria, invece, è tutt'altro che semplice accettare la correttezza di un valore come standard.

LA FASE VALUTATIVA

La valutazione invece è un processo che deve esitare in una decisione. Questa affermazione contiene due elementi importanti: non esiste valutazione senza decisione; un sistema di valutazione non dovrebbe avere carattere episodico per i seguenti motivi:

- a) esiste un costo che deve essere commisurato con l'utilità del sistema attivato;
- b) bisogna evitare effetti paradosso (miglioramenti temporanei e relativi alle aree sotto osservazione);

c) è necessario evitare distorsioni degli esiti della valutazione per effetto di fattori confondenti (ad es., effetto tempo).

È sicuramente uno degli elementi più rilevanti il legame fra valutazione e decisione. È evidente a questo proposito, come già precisato nel paragrafo precedente, che il contesto in cui matura la necessità di avviare un processo valutativo orienta il sistema valutativo stesso.

In particolare, i valori (o criteri) di riferimento, che dipendono dagli obiettivi globali (strategici) e specifici selezionati, determinano la scelta degli indicatori e questo, a sua volta, influenza i risultati del processo valutativo (e quindi decisionale). Il quadro logico di riferimento utilizzabile per la scelta del sistema di indicatori può essere schematizzato nel diagramma alla figura 4 a pag 152. Non si può sottovalutare la differenziazione fra il prodotto dell'assistenza (numero di visite, numero di dimessi, di esami diagnostici ecc.), i risultati ottenuti (sopravvivenza, mortalità, qualità per-

Figura 4 - Quadro logico di riferimento per la scelta del sistema di indicatori

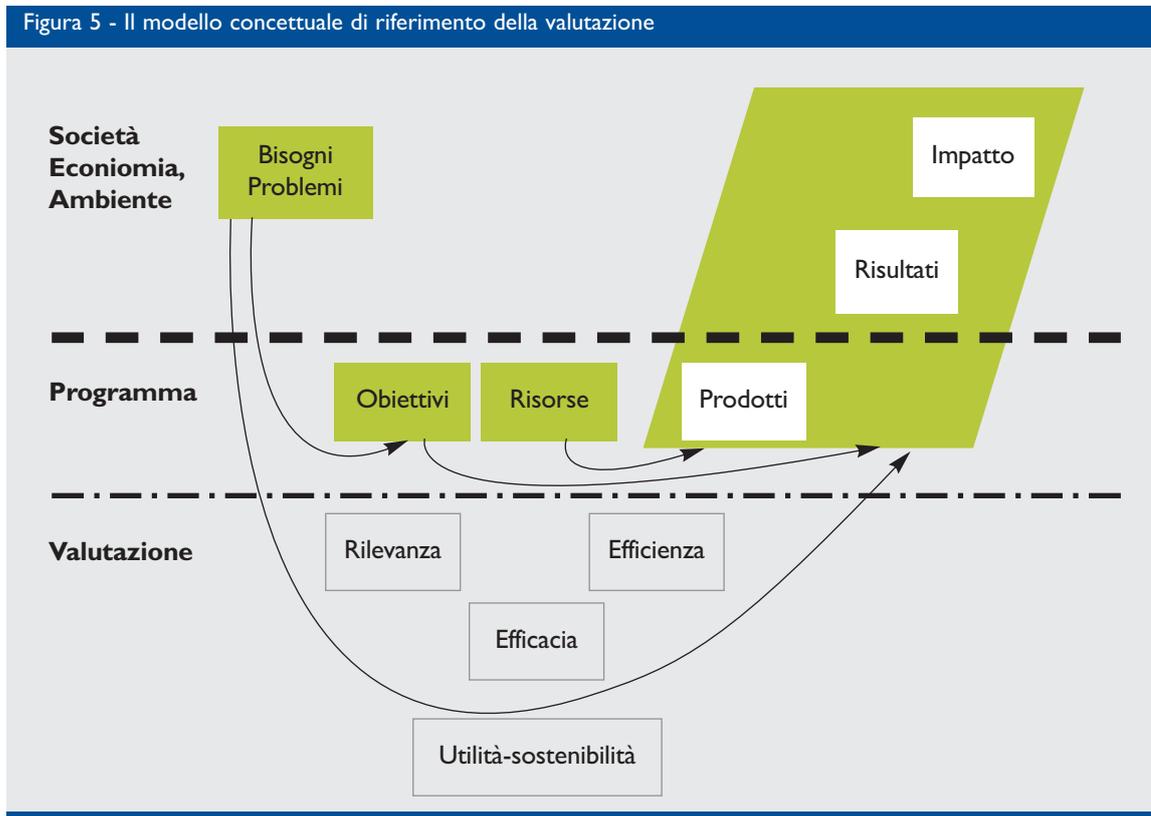


cepita ecc.) e l'impatto di un programma (stato di salute di una popolazione, grado di copertura vaccinale ecc.); essi devono rappresentare distinti momenti del processo valutativo a cui corrisponde una diversa gerarchia di obiettivi. Il modello concettuale di riferimento può essere

ad esempio tradotto in grafico come riportato alla figura 5.

Da questo grafico emerge chiaramente come la composizione del sistema di indicatori, oltre a dipendere dagli obiettivi del programma, può variare da una valutazione delle singole componenti

Figura 5 - Il modello concettuale di riferimento della valutazione

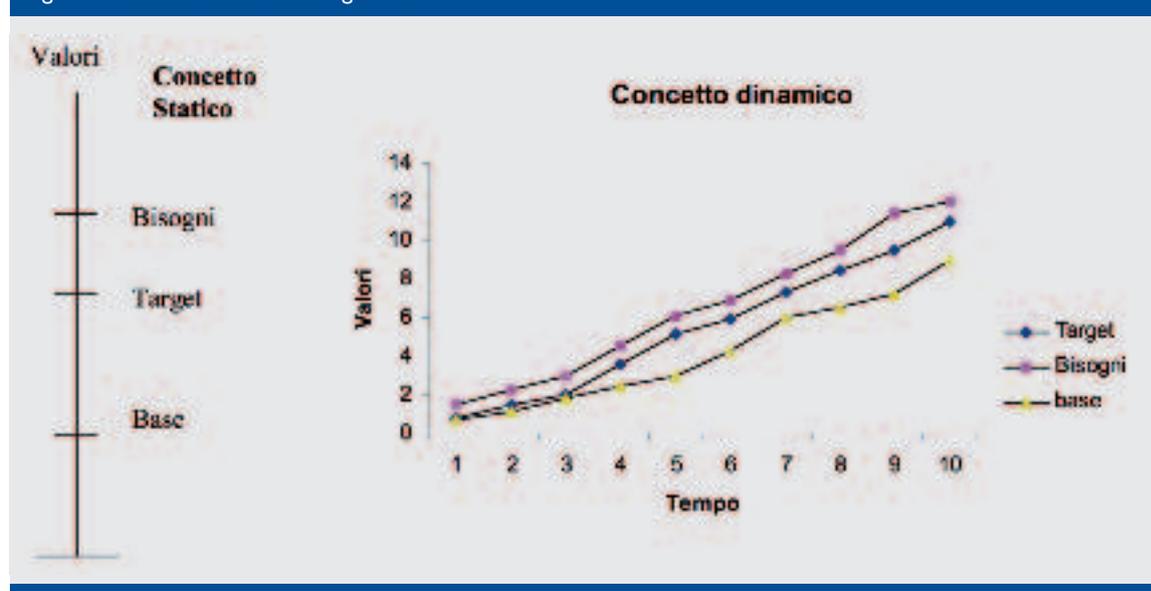


(rilevanza, efficacia, efficienza, utilità, sostenibilità), ad una analisi complessa dell'insieme di due o più componenti. Anche per quanto riguarda gli obiettivi di un programma, la scelta può essere quella di limitarsi alla sola analisi degli output o allargare lo spazio di indagine agli effetti che ta-

le programma esercita, in termini di risultati e di impatto, sulle comunità coinvolte.

La struttura logica del percorso da realizzare e la scelta e composizione delle dimensioni da valutare, con il livello di estensione a cui applicare la nostra analisi, rappresentano i presupposti da definire

Figura 6 - Due modi di valutare gli obiettivi



prioritariamente rispetto alla scelta degli indicatori, alla loro definizione operativa e alla loro combinazione (vedi fig. 6).

Preliminare alla definizione del sistema di valutazione con indicatori è anche la definizione della comunità a cui orientare il processo valutativo (utenti, gruppi di interesse, professionisti, decisori istituzionali). Un sistema di valutazione utile al regolatore dell'offerta sanitaria può risultare del tutto inutile al rappresentante degli interessi dell'utenza. Ma ancora al produttore interessa innanzitutto la "vendibilità" del suo prodotto e l'efficienza dei suoi processi produttivi; all'assicuratore o terzo pagante interesserà soprattutto la verifica dell'appropriatezza ed il contenimento dei costi; all'utente invece premerà l'efficacia e il grado di soddisfacimento dei suoi bisogni.

Due punti sono inoltre da considerare. Il primo è che le autorità di programmazione devono tenere

a mente che un programma focalizzato su poche priorità tende a massimizzare il suo impatto sulle aree selezionate e richiede un numero limitato di indicatori. Il secondo è che la qualità di un sistema di indicatori dipende in modo diretto dalla comprensione dei meccanismi attraverso i quali gli interventi programmati provocano i cambiamenti desiderati.

Per questo motivo devono considerarsi a priori migliori i sistemi agili rispetto ai sistemi eccessivamente pesanti; c'è la tendenza diffusa a pensare che un sistema più indicatori ha, più completo è e più è esaustivo, più allora è buono ed efficace. Nella realtà si verifica esattamente l'opposto: sistemi agili con pochi indicatori hanno prodotto dei risultati, magari limitati, però effettivi e almeno in parte utili; sistemi complessi sono rimasti di fatto per lo più del tutto inutilizzati. Chi progetta il sistema di valutazione non può esser logicamente disgiunto

da chi conosce il sistema da valutare e da chi deve prendere una decisione in virtù della valutazione effettuata; la comprensione di tutti questi elementi è indispensabile perché la valutazione non diventi una operazione astratta ed inutile. Rispetto all'ultimo punto occorre evidenziare che l'effetto negativo più pericoloso è quello di influenzare la programmazione in modo non di ottimizzare il servizio bensì di ottimizzare gli indicatori. Programmare per migliorare solo gli indici può comportare delle distorsioni anche gravi.

ELEMENTI SPECIFICI

Ci sarebbero molti altri aspetti metodologici critici relativi alle diverse fasi sopra descritte, di cui varrebbe la pena discutere ed approfondire, ma che ci limitiamo ad elencare brevemente.

Disponibilità e qualità dei dati

Innanzitutto tra le problematiche generali legate alla descrizione c'è ad esempio la disponibilità e la qualità dei dati, le componenti della variabilità e tra queste la componente stocastica e tutto il tema del *risk adjustment*. Sulla disponibilità di dati si deve ancora far molto, soprattutto relativamente alla loro tempestività; spesso poi le questioni relative alla tutela della privacy hanno creato troppe difficoltà, senza peraltro spesso offrire reali garanzie di riservatezza. La mancanza poi dell'esplicitazione dell'errore probabilistico delle stime nega la possibilità di considerare la forza della variazione osservata e quindi di assegnarle il giusto peso. Infine il problema del *risk adjustment* è un problema poche volte affrontato; la correzione per differenze di strutture demografiche non viene sempre effettuata anche se sarebbe molto agevole farlo e necessario per una giusta interpretazione dei valori degli indicatori. Per la maggioranza delle situazioni poi il *risk adjustment* non può essere compiuto per mancanza delle informazioni necessarie. Laddove è stato effettuato i risultati sono risultati molto diversi rispetto ai relativi valori grezzi. Su quest'ultimo punto si dovranno sicuramente concentrare le attenzioni future di coloro che elaborano ed analizzano

le informazioni necessarie per la valutazione.

Monitoraggio

Tra le problematiche generali legate al monitoraggio si potrebbe parlare dei metodi di scaling e dei sistemi per identificare standard o meglio target programmatici. I metodi di scaling consistono nel trasformare le scale di misurazione di una variabile e per lo più nel trasformare un indice di misure continue in una variabile discreta; talvolta invece il processo necessario è esattamente il contrario. Ridurre una distribuzione in poche classi può comportare talvolta anche delle gravi distorsioni e quindi l'operazione non è sempre ininfluente.

Ci possono essere giudizi di valore dell'indicatore qualitativo distribuiti alla rinfusa, ci possono essere giudizi di valore lineari o comunque monotonicamente rispetto alla misura dell'indicatore stesso e poi spesso giudizi di valore più elevati al centro della distribuzione ed invece bassi alle estremità. (vedi fig. 7 e 8). Giudicando un tasso di ospedalizzazione come "migliore se non troppo elevato", non si può considerarlo solitamente ottimo se ad esempio è uguale a zero.

I sistemi utilizzano indicatori qualitativi, ordinali e continui: l'uso di questi e la loro composizione può creare diversi problemi di valorizzazione dell'indicatore. Quando un risultato è meglio e quando è peggio? Se non è possibile trasformare l'indicatore in un "valutatore" attraverso una funzione del tipo:

$$v(j) = g(i(j))$$

(dove g è il giudizio di valore dato alla modalità assunta dall'indicatore i della situazione j). Allora è impossibile usare questo indicatore per la valutazione.

Un ulteriore grosso problema è la sintesi dei $v(j)$ se si voglia giungere ad un valutatore sintetico $V(j)$. In particolare, $V(j)$ è uguale a $\sum_n v_n(j)$ dove v_n sono i vari valutatori singoli e \sum_n è una loro opportuna funzione di composizione, oppure è uguale a $\sum_n v_n(j) \cdot w_n$ dove w_n è il peso che il singolo valutatore deve assumere nella funzione di composizione?

Si arriva talvolta a dire che per evitare la soggettività

Figura 7 - Realtà diverse, rappresentazioni diverse

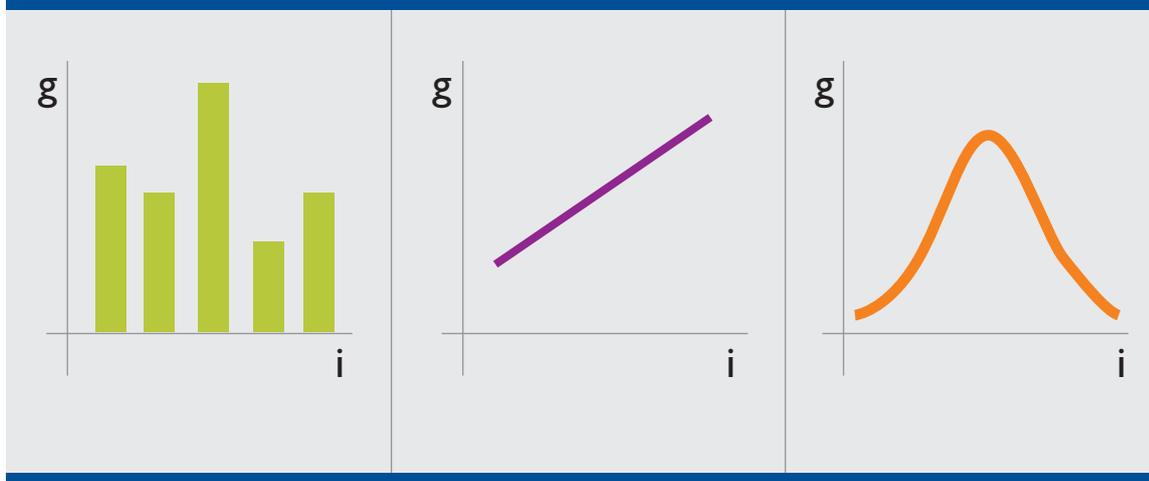
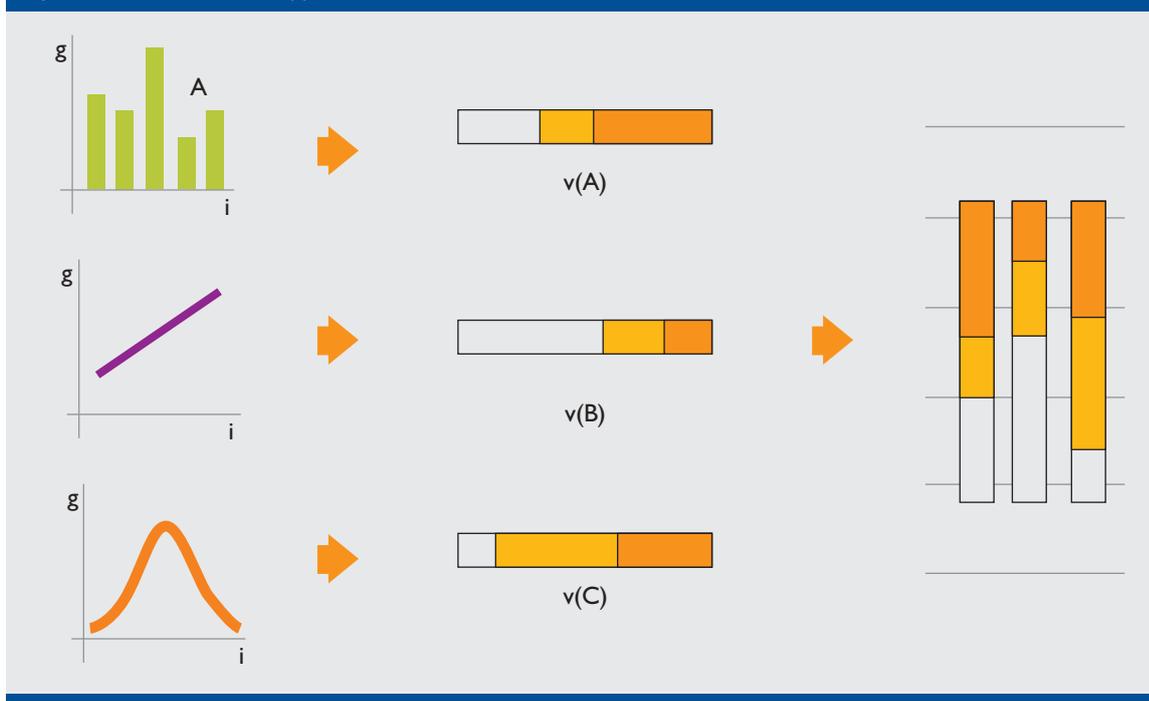


Figura 8 - Realtà diverse, rappresentazioni diverse, valutatori diversi



vità dei pesi non se ne utilizza, ma in questo caso vuol dire assegnare a ciascun valutatore peso 1. E poi se per ogni macro argomento c'è un numero di valutatori differente, allora ciò equivale a dare all'argomento un peso proporzionale al numero di valutatori.

Questa trasformazione da $i(j)$ a $v(j)$ tramite l'operatore g comporta quindi il problema degli "standard", delle "distanze" dagli standard, e quindi, eventualmente, della reazione delle classi di

giudizio. Una operazione infatti che spesso viene fatta è quella di trasformare tutti gli indicatori che si intendono utilizzare per una valutazione in valutatori ordinali ad esempio del tipo: negativo-neutro-positivo, oppure molto negativo-negativo-neutro-positivo-molto positivo.

Oltre alla complessità dell'operazione di singolo scaling (il passaggio da $i(j)$ a $v(j)$ tramite l'operatore g) si aggiunge il problema dell'equivalenza dei differenti *scaling*.

Quando fare una valutazione?

Tra le problematiche generali legate alla valutazione, accenniamo semplicemente al momento più opportuno della valutazione (valutazione *ex ante*, *in itinere* ed *ex post*), ai contenuti della valutazione (valutazione di processo e di risultato), all'oggetto della valutazione (programmi, interventi, personale, investimenti), al rapporto organico ed esplicito con l'articolazione decisionale, ed agli effetti collaterali negativi che la valutazione rischia di indurre.

Ex ante è la valutazione sui programmi e sugli elementi progettuali, *in itinere* è la valutazione su come si stanno attuando le procedure, ed *ex post* è la valutazione sui risultati, intermedi o finali, sia in termini di efficacia che di efficienza o di altre dimensioni di rilevanza per la valutazione.

Si può avere una valutazione *ex ante* molto buona di un sistema che poi invece non ha dato alcun esito positivo, come si può avere una ottima valutazione di processo ed una pessima valutazione di risultato: "l'intervento chirurgico è andato benissimo ed il paziente però è morto".

Questi tre aspetti della valutazione devono per lo più coesistere in quanto determinano ciascuno un differente condizionamento del tipo di decisione e di intervento da adottare.

Rispetto agli effetti collaterali negativi è bene che

il sistema di indicatori sia almeno parzialmente variato nel tempo in modo da evitare che l'attività tenda a ottimizzare l'indicatore e non i risultati dell'attività stessa.

Come si rappresenta una valutazione

Ci sono poi criticità specifiche della descrizione quali ad esempio i problemi di rappresentazione. Un grafico può comunicare talvolta in modo molto efficace l'informazione quantitativa che, a livello numerico, può non essere sempre del tutto leggibile. Però un grafico può anche essere molto ingannevole se in modo non evidente introduce implicitamente dei filtri o delle aggiunte che possono dare immagini ed interpretazioni fallaci.

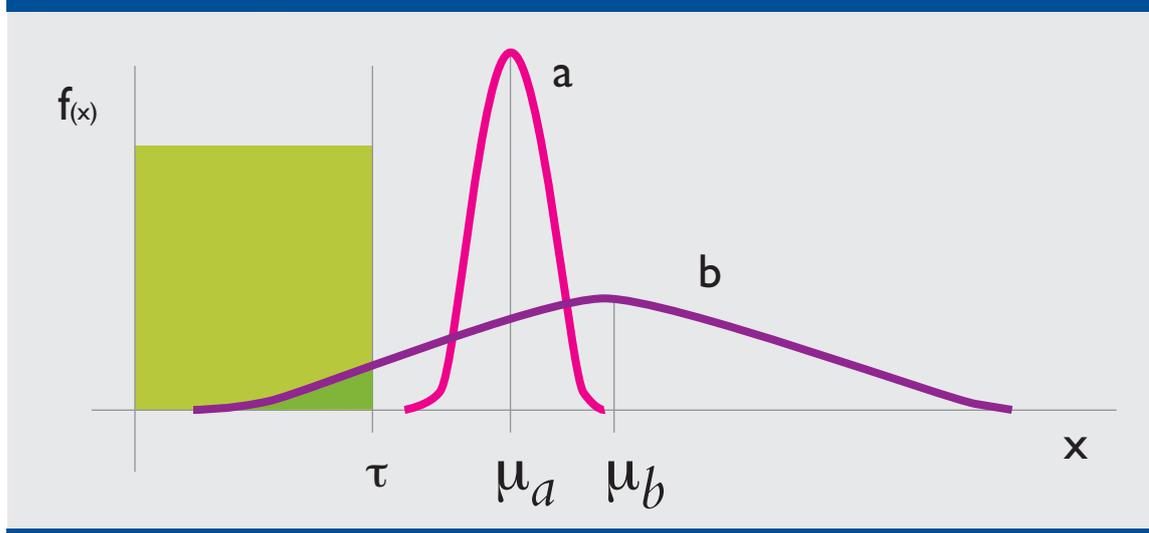
Come misurare i monitoraggi

Criticità specifiche del monitoraggio, quali la scelta di riferimenti centrali (medie, mediane ecc) o laterali (percentili, indici di variabilità ecc.).

A titolo solo di esempio, se adottato in una come misura di un indicatore areale la media di una variabile dei soggetti residenti nell'area oppure la percentuale di soggetti che hanno un valore inferiore ad una soglia definita, le differenze tra le aree stesse possono risultare anche molto differenti.

Non è infatti sempre detto che la media sia l'in-

Figura 9 - Esempio di rappresentazione di un fenomeno monitorato



dice più opportuno. Nell'esempio (v. fig 9), se vi è un fenomeno x che ha una distribuzione diversa nelle aree a e b , possono non essere le medie μ_a e μ_b i valori di riferimento, ma magari gli $\int_{\tau}^0 f(x) dx$ cioè la frequenza di unità con valore inferiore al valore target τ che a priori è stato definito come il limite inferiore da non oltrepassare.

La pluridimensionalità dei fenomeni

Infine vi sono delle criticità specifiche della valutazione quali soprattutto la sua pluridimensionalità che comporta l'individuazione di pesi, e ed anche il ruolo giocato dagli attori (tecnici o politici) nell'individuazione dei valori che entrano nel processo valutativo.

La funzione di sintesi degli argomenti è complessa. Si può tentare talvolta di arrivare ad un valore numerico unico, ad esempio come componente principale di una analisi fattoriale, oppure semplicemente come somma di valori. Altre volte si preferisce utilizzare una funzione di sintesi grafica, più o meno sofisticata, come i bersagli, le faccette, ecc. Infine spesso si preferisce non esplicitare la funzione di sintesi e lasciarla all'interpretazione del decisore oppure si suggerisce una sintesi ragionata ma non formalizzata in senso quantitativo.

CONCLUSIONI

Non è compito di questa nota arrivare a delle conclusioni; si voleva solo raccogliere alcuni spunti critici e di riflessione. Si può comunque affermare che in una fase iniziale l'avvio di un processo di valutazione è comunque positivo perché

pone il problema, e nulla è peggio che non sapere o non voler sapere che è necessario sempre effettuare una valutazione. In una fase immediatamente successiva, però, è essenziale che una non corretta impostazione del processo valutativo crei più danni che positività; in particolare tra questi vi è l'aumento della resistenza dei soggetti a farsi valutare, la falsa impressione che la valutazione sia eseguita mentre magari lo è solo in apparenza, la distorsione dei risultati cui si è pervenuti che possono innescare decisioni opposte a quelle che si sarebbe correttamente dovuto assumere ed infine la pericolosa convinzione che si debba migliorare la valutazione e non invece la realtà che viene valutata.

Il processo valutativo è un processo quindi che più di ogni altro necessita sia di multidisciplinarietà nelle tecniche, sia di completa condivisione negli attori: e solo se questo accade la valutazione diventa un vero strumento di miglioramento della qualità globale del sistema sottoposto a valutazione.

BIBLIOGRAFIA

- Bellini P., Braga M., Rebba V., Rodella S. e Venerami E., *Definizione di un set di indicatori per il monitoraggio e la valutazione dell'attività sanitaria*, Rapporto di ricerca commissionato dalla Commissione per la Garanzia dell'Informazione Statistica. Roma, 2002
- European Commission, Directorate-General Xvi, Regional Policy And Cohesion, *Indicators for Monitoring and Evaluation: An indicative methodology. The New Programming period 2000-2006*, Methodological working papers
- Frenk J., *Building on the Legacy: primary health care and the new policy directions at WHO*, American Public Health Association, Chicago, 1999.
- Kelley E., Hurst J., *Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper*, Oecd Health Working Papers, 2006