FORUM PA

PER UN SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI SERVIZI SANITARI

QUADERNI

FORUM PA

PER UN SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI SERVIZI SANITARI

a cura di Carla Collicelli
e
con il contributo di Antonio Veraldi

QUADERNI

INDICE

Pag.

Sommario 5

Introduzione
di Aldo Ancona 5

Relazione introduttiva
di Carla Collicelli
Per un sistema di valutazione dei servizi sanitari 9

Interventi
Criticità metodologiche della valutazione tramite indicatori
di Cesare Cislaghi 17

Valutazione nel sistema sanitario regionale in Piemonte
di Ugo Sturlese 29

La valutazione delle aziende sanitarie nell'esperienza della Regione Lombardia
di Franco Milani 33

Sistemi di valutazione dei servizi sanitari: indicatori comuni per una migliore valutazione
di Marco Bonamico 37

La valutazione come metodo di lavoro: il sistema della Regione Toscana
di Milena Vainieri 39

La valutazione delle performance: l'esperienza della Regione Abruzzo
di Giorgio Casati 47

Valutazione e performance in Regione Friuli Venezia Giulia
di Giorgio Simon 55

Osservazioni conclusive
di Carla Collicelli 59

PER UN SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI SERVIZI SANITARI

FORUM PA SANITA'

Sintesi dei lavori del Convegno

Sommario

Il Convegno ha affrontato il tema della costruzione di un sistema di valutazione della qualità dell'offerta dei servizi sanitari. Le esperienze locali e regionali presentate si sono rivelate di grande interesse, ed hanno evidenziato risultati raggiunti molto significativi. Tuttavia è apparsa evidente come manchi una condivisione del metodo, dai criteri agli indicatori alla interpretazione dei risultati, e la capacità e la voglia di diffondere le esperienze più avanzate su tutto il territorio. L'incontro del FORUM PA ha inteso proporre una chiave di lettura comune sull'importanza di una valutazione scientificamente fondata ed istituzionalmente sostenuta in sanità nonché un metodo armonizzato di approccio al tema, anche sulla base degli esiti di una esperienza coordinata dalla Agenzia dei Servizi Sanitari assieme a 7 Assessorati regionali alla sanità.
Il Convegno è stato curato da Carla Collicelli, Vice Direttore generale della Fondazione Censis, con la partecipazione di: Aldo Ancona (Age.na.s.), Cesare Cislaghi (Age.na.s), Franco Milani (Regione Lombardia), Giorgio Simon (ARS Regione Friuli Venezia Giulia), Ugo Sturlese (Regione Piemonte), Milena Vainieri (Scuola Superiore S. Anna di Pisa), Giorgio Casati (ARS Regione Abruzzo).

Introduzione

Aldo Ancona, *Direttore Age.na.s. Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali*

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.

E' 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 dalla valutazione dell'offerta.

In realtà, l'evoluzione delle norme e delle Intese Stato-Regioni in 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 procedurale-amministrativa, che prevedeva 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 del funzionamento del sistema, sia a livello nazionale che regionale.

D'altra parte, dobbiamo anche rilevare che, laddove 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 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, introduce 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 funzione di sussidiarietà a sostegno di quelle 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 sono 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. Se la valutazione è orientata a un processo decisionale, sarà comunque la politica 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 il nostro obiettivo. 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 trascurando le reali esigenze della popolazione e la realizzazione di una efficace organizzazione dei servizi. E' 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 si può 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 qui presentati 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 arric-

chire, integrare e migliorare i modelli e gli strumenti utilizzati. Il secondo è 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.

Relazione introduttiva

Carla Collicelli, *Vice Direttore Fondazione Censis*

Per un sistema di valutazione dei servizi sanitari

Il filone dei controlli di gestione e quello della *customer satisfaction* hanno saturato per molto tempo il terreno dei ragionamenti sulla valutazione della azione amministrativa e sulla relativa misurazione, anche come conseguenza della dominante impronta aziendalistica, basata sugli obiettivi di efficienza ed economicità organizzativa il primo, nonché della crescita di popolarità delle indagini di opinione, e degli aspetti collegati dell'importanza dell'immagine e del gradimento individuale in tutti i campi, il secondo. Ciò ha portato a disattendere nella sostanza il principale obiettivo di valutazione e misurazione, vale a dire quello della verifica dell'efficacia e dell'impatto, nel sociale e nell'economia, della azione amministrativa.

Il contesto istituzionale internazionale e specificamente quello europeo, che spesso fanno da traino per l'Italia rispetto all'innovazione gestionale, hanno insistito sempre più nel periodo più recente sulla qualità dei servizi e delle prestazioni erogate, come concetto ampio e multidimensionale, fortemente orientato alla centralità dell'utente-cittadino ed all'impatto socio-economico. Ad esempio, per quanto riguarda la qualità in senso ampio, l'Istituto Europeo della Pubblica Amministrazione (*EIPA*) ha prodotto e diffuso recentemente un *Common Assessement Framework* (*CAF)* come strumento di sviluppo della qualità nei servizi pubblici, partendo dall'assunto che la Strategia di Lisbona non possa trovare realizzazione senza una considerazione adeguata della necessaria innovazione sul piano della qualità e della collaborazione tra differenti istituzioni per attuare le strategie richieste.

In Italia, come in molti altri contesti, il processo di modernizzazione della PA nel corso degli anni '80 e '90 ha dato vita principalmente ad una progressiva "aziendalizzazione" delle pubbliche amministrazioni, centrata sul concetto di risultato, contrapposto a quelli obsoleti di correttezza formale e di rispetto delle regole, secondo le linee tracciate nell'ambito del principio *value for money* dalle Unità di efficienza e dalle Agenzie esterne della Thatcher in GB, dal *Reinventing Governement* di Clinton in Usa e, ai concetti di quasi-mercato, *contracting-out*, *voucher*.

La fase attuale è caratterizzata dal passaggio dall'aziendalismo all'ascolto, inteso come strategia di più marcata attenzione ai risvolti sociali ed economici dell'azione amministrativa, in termini di contributo allo sviluppo ed al benessere della collet-

tività. L'importante è che venga superato l'*impasse* del combinato disposto di burocratismo ed aziendalismo, retaggi o di un passato non tanto lontano il primo, ripresa acritica dal mondo aziendale di criteri e metodi a dominanza economica, di approcci di marketing e di controlli di gestione chiusi in se stessi, il secondo, per avviarsi nella direzione di un approccio integrato con gli *stakeholder,* sistemico rispetto alla società, flessibile ed aperto all'ascolto.

L'Indagine di scenario sull'innovazione nella Pubblica Amministrazione del Formez (Fattore PA '05, Formez-Forum PA), realizzata attraverso il metodo Delphi presso un panel di esperti, ha registrato a metà decennio la presenza di un trend prevalentemente evolutivo rispetto agli obiettivi di una PA orientata al cittadino ed a quelli dell'orientamento ai risultati e della organizzazione a rete, e di una stazionarietà invece rispetto agli obiettivi della sussidiarietà, del federalismo e dell'investimento nelle risorse umane. L'impatto socio-economico non era tra le variabili dell'innovazione considerate.

La Direttiva del Ministro per le Riforme e le Innovazioni nella Pubblica Amministrazione del 20 dicembre 2006, *"Per una pubblica amministrazione di qualità"*, ha richiamato l'attenzione, oltre che sul miglioramento continuo delle prestazioni, delle tecnologie e dei sistemi di controllo, sulla autovalutazione e sul collegamento delle attività realizzate con la retribuzione, anche per quanto riguarda il coinvolgimento dei destinatari, ivi compresi i portatori di interesse, la misurazione della soddisfazione anche in collaborazione con le istituzioni della società civile, il *benchmarking* della qualità in ambiti di particolare impatto.

Le linee di intervento per una amministrazione di qualità, presentate nell'ambito del Seminario di Governo di Caserta dell'11-12 gennaio 2007, si sono espresse nel senso della creazione di un ambiente favorevole agli investimenti e alla competitività, del miglioramento della qualità dei servizi resi ai cittadini, del recupero di fiducia, della integrazione dei servizi, della misurazione dei risultati conseguiti, di una *multilevel governance.*

La recente Legge Brunetta offre alcune opportunità ulteriori, in quanto prevede una serie di strumenti di tipo metodologico volti da un lato a migliorare le possibilità conoscitive, ad esempio attraverso procedure di confronto dei risultati, processi di riallineamento alla media, utilizzo di un *range* più ampio di fonti informative, e dall'altro lato a tutelare meglio i destinatari dei servizi, attraverso ad esempio confronti pubblici annuali e coinvolgimento delle associazioni dei cittadini.

Le analisi del Dipartimento della Funzione Pubblica, quelli dell'Istat, quelli del Censis, hanno prodotto con sempre maggiore frequenza dati valutativi importanti re-

lativi all'impatto sociale ed all'efficacia socio-economica della azione amministrativa nelle sue varie funzioni, ed in alcuni settori, come la sanità, gli sforzi hanno dato vita a contributi importanti per il dettaglio raggiunto dalle analisi.

Anche se consideriamo gli atteggiamenti dei cittadini nei confronti della cosa pubblica, ad esempio attraverso le ricerche del Censis, l'ultima indagine condotta sulle motivazioni al voto politico, in occasione delle elezioni 2008, ci consegna dati che hanno stupito anche i ricercatori, per mestiere abituati alle "sorprese sociologiche: la richiesta di più Stato e di più valutazione della qualità da parte del "centro", nell'ambito delle attività pubbliche, risulta veramente molto forte, tale da aver spostato addirittura in qualche caso i voti da uno schieramento all'altro.

La lunga stagione di aziendalizzazione e di federalismo che abbiamo alle nostre spalle nella sanità, d'altra parte, ci ha sicuramente dato alcune soddisfazioni, ed ha permesso al sistema della salute di fare passi in avanti significativi sul piano della efficienza e della efficacia, ma ha anche prodotto alcuni problemi aggiuntivi. Mi riferisco in modo particolare a quella sorta di disamore che si è sviluppato nel Paese per le soluzioni di taglio preminentemente burocratico, e/o troppo legate alla dimensione economica degli interventi e poco attente all'esito delle prestazioni ed alla loro qualità.

Nella ricerca già citata, peraltro, la salute continua ad apparire come il settore di maggiore preoccupazione per gli italiani, per il quale si richiedono maggiori interventi. E sono ormai molti anni che dalle indagini emerge potente l'aspettativa di un miglioramento dei livelli qualitativi dei sistemi sanitari.

Ma proprio in sanità, fra le debolezze della nostra Pubblica Amministrazione, spiccano i fattori che hanno a che fare con il tema della valutazione. Ancora oggi la sensazione che si ha è che le funzioni strategiche e i controlli gestionali siano deboli se non addirittura assenti. In qualche modo si percepisce una Pubblica Amministrazione simile ad una sorta di piovra senza testa, con una ricchezza tentacolare indiscutibile, ma spesso senza obiettivi chiari e senza chiari strumenti di controllo e di definizione delle strategie. Una Pubblica Amministrazione oppressa da quella che potremmo chiamare la dittatura del contingente.

Eppure si ha la sensazione di essere alla fine di un ciclo, il ciclo dei tradizionali controlli di gestione e della *customer satisfaction,* così come sono stati fino ad oggi realizzati. La verifica di efficienza ed economicità organizzativa e la verifica del gradimento individuale rispetto a specifiche strutture sono stati realizzati infatti spesso senza la predisposizione di strumenti atti a garantire un'analisi diacronica della soddisfazione né tanto meno un confronto sincronico tra le diverse strutture e le diverse Regioni.

Anche in sanità l'aziendalizzazione, e tutto quello che questa ha comportato dal punto di vista dell'impronta data alla valutazione, ha dato certamente risultati interessanti e importanti dal punto di vista gestionale ed organizzativo, ma ha spesso dato vita al consolidamento di uno dei mali di cui maggiormente soffre l'intervento istituzionale ed aziendale oggi, vale a dire la prevalenza e la ridondanza della dimensione economica, che tende a far scomparire o a porre in secondo piano gli altri aspetti della strategia.

Naturalmente si tratta di elementi che vengono da lontano e che non sono tipici solo dell'Italia, dal momento che tutta la Pubblica Amministrazione dei Paesi occidentali avanzati che ha tentato di riconvertirsi a modelli più avanzati lo ha fatto spesso in maniera egregia ma con un'eccessiva accentuazione degli aspetti economici e tecnico-organizzativi.

Da molti dati, anche Istat, risulta d'altra parte che il rapporto fra investimento economico e soddisfazione non è assolutamente lineare e che non è detto che laddove si spende di più vi sia maggiore soddisfazione. Anche ammesso, quindi, che la soddisfazione, così come è stata fino ad oggi misurata, sia un buon indicatore della qualità delle prestazioni, vi è evidentemente qualcos'altro che entra pesantemente in gioco nel determinare la qualità dei sistemi sanitari regionali e nel migliorare anche il loro impatto sulle popolazioni di riferimento.

Rapporto tra investimento economico e soddisfazione in sanità in alcune regioni

	Giudizio positivo sul Servizio Sanitario Regionale (*)	Indice sintetico di spesa sanitaria pubblica procapite
Toscana	38,9	105
Lazio	25,0	140
Sicilia	21,5	84
Sardegna	15,3	50
ITALIA	*34,0*	*100*

Fonte: dati Istat *"Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari" - Multiscopo, 2005*

Se l'approccio a livello internazionale e nazionale è quindi condiviso e relativamente omogeneo nella impostazione, non va d'altra parte dimenticato che la questione, soprattutto in sanità ed in Italia, non può prescindere dalla dimensione regionale. Infatti dobbiamo ricordare che la salute è tutelata ormai da anni in maniera parzialmente autonoma dalle autorità regionali, e che il contesto è caratterizzato dalla presenza di diversi modelli gestionali. Per certi versi si ha ormai la sensazione di andare verso una sorta di differenziazione accentuata e irreversibile fra Regioni, e se alcune differenze ci sono sempre state, oggi grazie al processo di devoluzione queste differenze stanno definendo meglio i loro contorni. Nello schema che segue, a titolo di puro esempio, vengono riportate alcune conclusioni di un'indagine svolta al Censis sugli stili gestionali e sulla cultura dell'innovazione nelle sanità regionali di Toscana, Lazio, Sicilia e Sardegna, che evidenziano alcune delle differenze.

Diversi modelli gestionali
in 4 regioni in sanità
(indagine Censis del 2007)

TOSCANA →	**Integrazione/Collaborazione** **Chiusura**
LAZIO →	**Scetticismo/Diffidenza** **Apertura**
SICILIA →	**Ritualismo/Statiticà** **Chiusura**
SARDEGNA →	**Competizione/Evoluzione** **Apertura**

Tutto ciò non ci deve far dimenticare, al tempo stesso, che si lavora sì in un contesto di crescente differenziazione e devoluzione, ma anche sulla base di una sorta di federalismo parziale e provvisorio, elemento dal quale probabilmente dipendono sia l'insoddisfazione di molti italiani nei confronti della devoluzione sanitaria "all'italiana", sia l'insoddisfazione a rivendicare la tutela di un ombrello statale e la richiesta di più Stato da parte dei cittadini di cui parlavo all'inizio.

Il nostro è infatti un semi-federalismo, il che peraltro richiede di lavorare in maniera quanto mai raffinata ed attenta sulle tematiche della regolazione e sulla collaborazione e solidarietà tra le Regioni, come richiesto dalla base e dai cittadini. È evidente che una simile situazione obbliga ad essere estremamente scrupolosi rispetto alle valutazioni comparative ed al *benchmarking,* non come confronti generici tra elementi non equiparabili, come purtroppo spesso succede.

Dobbiamo anche ricordare che il tutto si svolge su uno sfondo costituzionale che ci dice che obiettivo dell'intervento pubblico è la salute più che la sanità, e che rimanda ad un quadro di libertà gestionale, ribadendo però con forza l'importanza delle garanzie nazionali in termini di equità ed essenzialità.

Un processo di valutazione con i presupposti che ho cercato di richiamare richiede quindi, è evidente, un riorientamento dei metodi e degli indicatori ed un lavoro specifico sulla declinazione degli obiettivi. Necessita anche una complessità sempre crescente di strumentazioni tecniche, di capacità di analisi e di utilizzazione di metodi adeguati allo scopo. Fare tutto questo insieme, ad altro ancora, non è ovviamente la cosa più facile di questo mondo, ma è proprio l'obiettivo che abbiamo davanti a noi per il prossimo futuro. Tanto è vero che cresce e diviene più matura l'attenzione per la gamma degli indicatori da sottoporre a verifica, sempre più distanti da quelli tradizionalmente utilizzati, nella direzione di nuove dimensioni della attività amministrativa, dalla pertinenza, alla specificità, alla sensibilità, all'importanza, alla coordinabilità, solo per fare alcuni esempi.

Non basta però avere le idee chiare dal punto di vista tecnico e metodologico, e non basta avere dei buoni indicatori e dei buoni metodi di rilevazione. Bisogna anche essere capaci di guardarsi intorno con un occhio libero da costrizioni e se è indispensabile lavorare sulla rielaborazione dei dati. È altrettanto necessario affiancare a questo primo pilastro un secondo pilastro dato dalle indagini da costruire *ad hoc* sulla base di obiettivi condivisi e ben definiti ed attraverso metodologie comparative ferrate.

In terzo luogo è poi necessario cominciare a ragionare anche in un'ottica di processi di accompagnamento del miglioramento della qualità e della valutazione, di modo da ricomprendere nella valutazione stessa il processo di miglioramento della situazione data. Sono fermamente convinta, infatti, che bisognerebbe affiancare il patrimonio di informazioni statistiche, che in larga parte già esistono, con poche ma buone indagini specifiche mirate e con processi di sinergia e accompagnamento con coloro che sono deputati alla gestione dei servizi. Già dalla valutazione possono infatti partire delle linee di lavoro, ed anzi tutto questo

dovrebbe andare a costituire un progetto in itinere senza fine: un qualcosa che si evolve in continuazione aggiungendo elementi di valutazione e affiancando elementi di miglioramento.

Inoltre il ruolo della tecnologia è in tutto ciò molto importante. Sia per quanto riguarda la possibilità di lavorare sui dati (non solo quelli statistici sulla quantità delle prestazioni e delle strutture, ma anche quelli di flusso, di esito, di percorso individuale); sia per quanto riguarda l'ascolto, la comunicazione, l'informazione. Un'attenzione particolare va quindi dedicata allo sviluppo di una tecnologia intelligente, dai siti istituzionali, agli archivi elettronici, anche personalizzati e condivisi, oltre che per funzione e servizio, alla carta magnetica, al telelavoro, ecc...

Appare pertanto urgente ed utile proporre procedure ed analisi che centrino in maniera esplicita le questioni e le criticità di oggi. Su quelle lavorare in una chiave problematica, critica e propositiva, e non semplicemente descrittiva e riepilogativa, a partire, ad esempio, dallo scarto tra norme e comportamenti nella attività amministrativa; da una verifica della cultura dell'innovazione amministrativa, gestionale e di controllo nella PA italiana per comparti, territori e livelli; dalla riduzione degli spazi di manovra e di decisione nell'ultimo decennio; dall'armonizzazione dei metodi e degli strumenti di misurazione; dalla standardizzazione degli indicatori; dalla concertazione tra diversi livelli di governo nella produzione di valutazioni di pubblica utilità; dal rapporto tra controlli gestionali ed efficacia degli interventi; dal ruolo dei cittadini e delle loro rappresentanze nella utilizzazione del prodotto della attività di valutazione; dal ruolo di Anci, Upi e Conferenza delle Regioni nella standardizzazione delle procedure di valutazione della attività amministrativa, implementazione della fruibilità, comunicazione, discussione.

Interventi

Cesare Cislaghi, *Dirigente Age.na.s.*

Criticità metodologiche della valutazione tramite indicatori

La mia introduzione vuole essere soprattutto un insieme di riflessioni metodologiche che precedono la descrizione di alcune delle esperienze che sono state raccolte e che costituiscono adesso il nucleo su cui si farà un lavoro di confronto ed elaborazione. Cercherò quindi fondamentalmente di evidenziare alcune criticità metodologiche.

Credo innanzitutto che sia importante leggere quello che dicono i vocabolari sul significato della parola "valutazione". La valutazione è *l'assegnazione di un valore ad un'entità*. Quando valutiamo diamo un valore alle cose. Questo è importante perché rappresenta uno dei punti centrali dell'operazione. La valutazione non è soltanto un'operazione neutrale ma essa enfatizza l'aspetto di valorizzazione. Valutare quindi significa fare un'operazione creativa nel senso che si produce un'evidenza che in quanto tale non pre-esiste e che si motiva con una necessità di utilizzo. L'evidenza dunque è un qualche cosa di nuovo che si aggiunge alla realtà che osserviamo e che non avrebbe alcun significato se non ci fosse la necessità di utilizzarla. Quando noi valorizziamo un bene per venderlo o per comprarlo, l'utilizzo è l'acquisto o la vendita e quel valore in qualche modo non preesiste, non è infatti insito ma è legato alle condizioni del mercato.

La valutazione dipende perciò moltissimo da chi la fa e dal perché la si fa. Non esiste una valutazione completamente neutrale; non si può pensare che la valutazione sia un'operazione che prescinde completamente dall'attore, e non è di per sé detto che una valutazione orientata al cittadino sia la stessa di una valutazione orientata al tecnico o al politico. In qualche modo la valutazione deve perciò coinvolgere tanti attori in quanto legata al "chi" e al "perché". Una valutazione che prescinde dal perché è un'operazione astratta che il più delle volte non serve assolutamente a nulla.

La valutazione riguarda un'entità specifica o complessa ma che deve essere identificata e riconosciuta con precisione. Sicuramente l'identificazione di ciò che si vuole valutare è dunque un altro punto essenziale. Infine – come diceva Popper – il pericolo è quello di valutare solo ciò che è illuminato tralasciando la maggior parte della realtà che invece è al buio. È la storia della famosa barzelletta dell'ubriaco che cercava la chiave di casa sotto il lampione e non sotto il portone di casa dove gli era caduta

perché lì era buio e non avrebbe potuto trovarla. Molto spesso noi andiamo a fare delle osservazioni dove abbiamo i dati e non dove ci serve cercare.

Il nuovo aggiunto alla realtà dunque è la valorizzazione, che è strettamente legata – come ho detto – all'uso che si vuole fare della valutazione. Il valore non è uno strumento completamente neutrale ma dipende dall'utilizzo dello strumento stesso.

Qual è il percorso? La valutazione ha un percorso piuttosto complesso: esiste un'entità che passa attraverso la nomenclatura, la registrazione, la descrizione, il monitoraggio, la valorizzazione che compie la valutazione in senso proprio e poi arriva all'utilizzo verso una decisione.

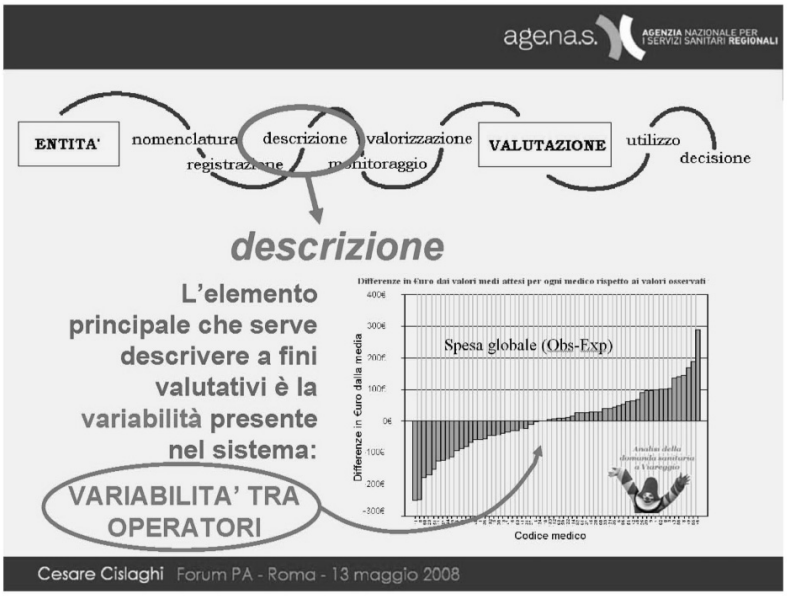
Il problema riguardo alla nomenclatura è quello di chiedersi se usiamo sempre gli stessi concetti. Molto spesso se non definiamo all'inizio i concetti che utilizziamo non riusciamo infatti ad avere un'omogeneità dei processi valutativi. In questo modo è facile che si arrivi a concludere cose completamente diverse che hanno alla base delle differenze concettuali. Quante volte si trovano le parole "costo", "prezzo" o "tariffa" come dei sinonimi mentre invece sono termini che dicono cose completamente diverse? La nomenclatura è il modo con cui noi arriviamo a definire le entità e a dargli un inquadramento. Quante volte quando ci troviamo a valutare delle cose tra Regioni diverse incontriamo nomi completamente diversi? Io ho lavorato per tanti anni in Toscana e tutti i Direttori si chiamavano Coordinatori, si lavorava sapendo questo, ma usare gli stessi nomi permette un lavoro migliore. Il concetto di RSA (Residenza Assistenziale Assistita) è uguale in tutt'Italia oppure no? Ci sono delle diversità di nomi e anche delle diversità di codici. Ultimamente sui codici si sta facendo molto lavoro, si sta lavorando all'omogeneizzazione, ma molte volte ci si trova -nonostante tutto- ad avere dei codici differenti.

Quindi il primo passaggio è quello della creazione delle etichette, che vanno dal concetto al nome e al codice: questo deve essere il primo approccio che permette di dare un nome all'entità. La definizione concettuale e l'assegnazione nominale sono infatti già delle operazioni altamente valutative come ci dice il richiamo biblico *...Dio quando creò il mondo cominciò a chiamare le cose con il loro nome....* La creazione avviene con il nome ed è il nome che produce le cose. In ogni caso per confrontare realtà differenti dobbiamo essere certi di utilizzare gli stessi concetti e gli stessi nomi. Troppe volte la difficoltà di confrontarsi tra Regioni è determinata proprio da questo primo aspetto.

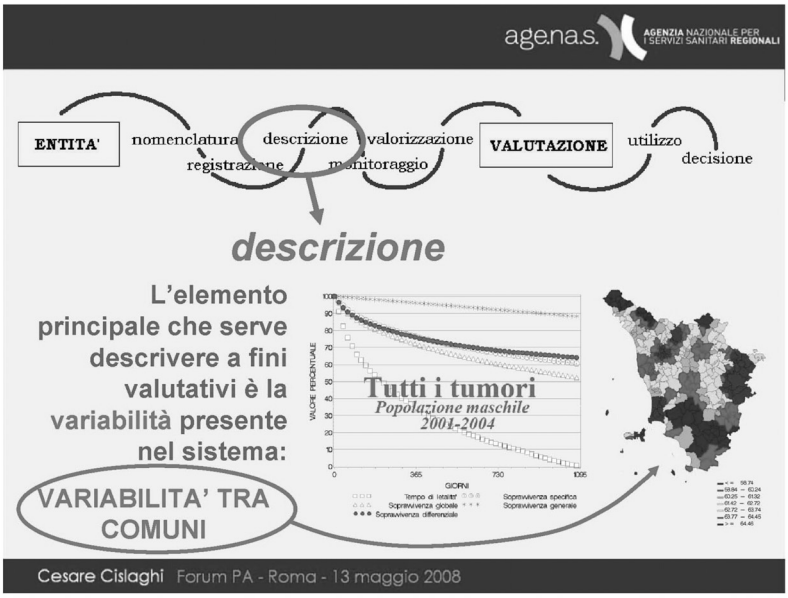
Il secondo passaggio è quello della registrazione che si occupa di vedere quante volte l'etichetta si ritrova nelle varie situazioni.

Il terzo passaggio è quello della descrizione, che rappresenta la copia semplificata e qualche volta di poco distorta della realtà. Nel processo di conoscenza noi abbiamo bisogno della descrizione che utilizza le categorie della nomenclatura per osservare quante volte e in che modo si sono prodotte nella realtà. Senza una descrizione non c'è valutazione, ma è importante dire che una descrizione non è di per sé una valutazione. Molto spesso i processi di valutazione si fermano alla descrizione. La descrizione è necessaria ma non dà l'aspetto principale da cui siamo partiti, ovvero il valore. Le due qualità della descrizione sono l'attendibilità e la validità. L'attendibilità è la corrispondenza alla realtà e la validità dipende dalla sua possibilità di condurre allo scopo per cui la si vuole usare. Per vedere se una descrizione è attendibile o valida va dunque confrontata con la realtà per capire se le corrisponde e se serve allo scopo per cui la si è fatta. L'aspetto principale della descrizione ai fini della valutazione è la descrizione della variabilità, se non ci fosse variabilità infatti non sarebbe necessaria la valutazione. La valutazione è di fatto un valore dato a cose differenti perché se fossero tutte uguali probabilmente non nascerebbe la necessità di valutarle e di confrontarle.

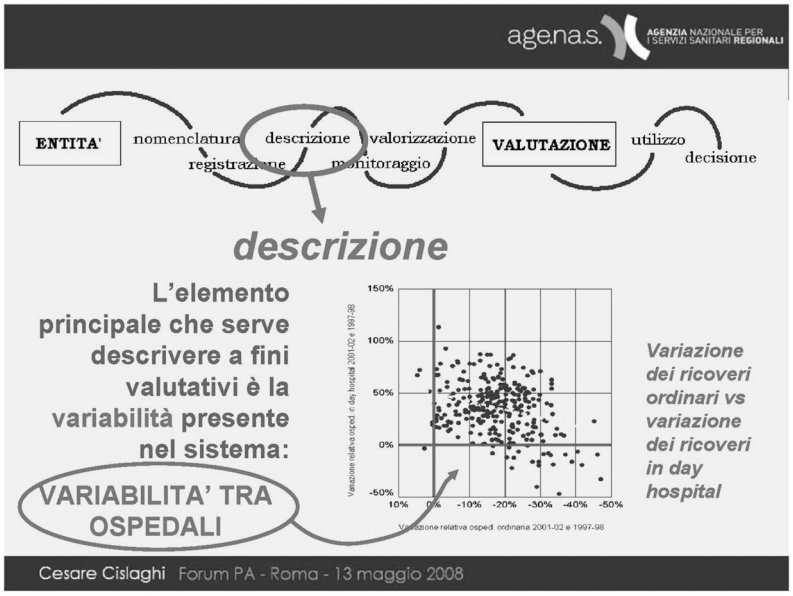
Nelle figure seguenti potete vedere alcuni esempi di descrizione.



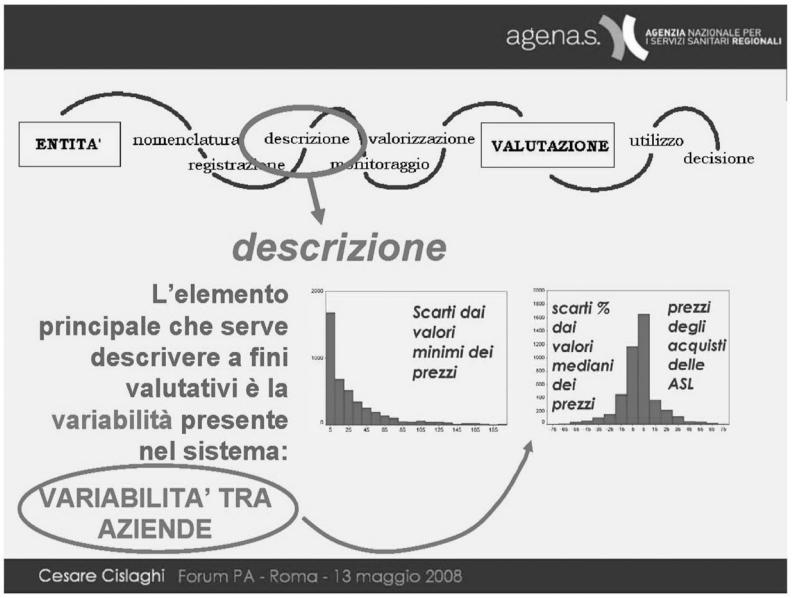
La figura descrive la spesa procapite globale nelle pratiche dei diversi medici dell'Azienda della Versilia. Da qui si vede che chi spende di meno, spende quasi trecento euro in meno, e quello che spende di più quasi trecento euro in più. Quindi il range è quasi del 50% della spesa e la variabilità è molto forte.



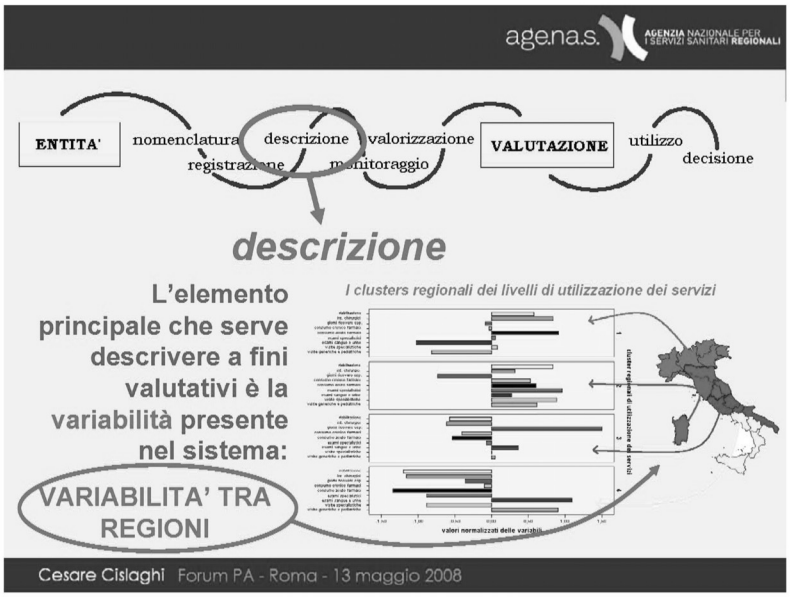
La descrizione della variabilità della sopravvivenza ai tumori nei Comuni della Toscana. Proprio la variabilità fa emergere la necessità di capire a cosa sia dovuta.



La descrizione della variabilità tra gli ospedali nella percentuale di ricoveri ordinari rispetto ai ricoveri in day hospital.

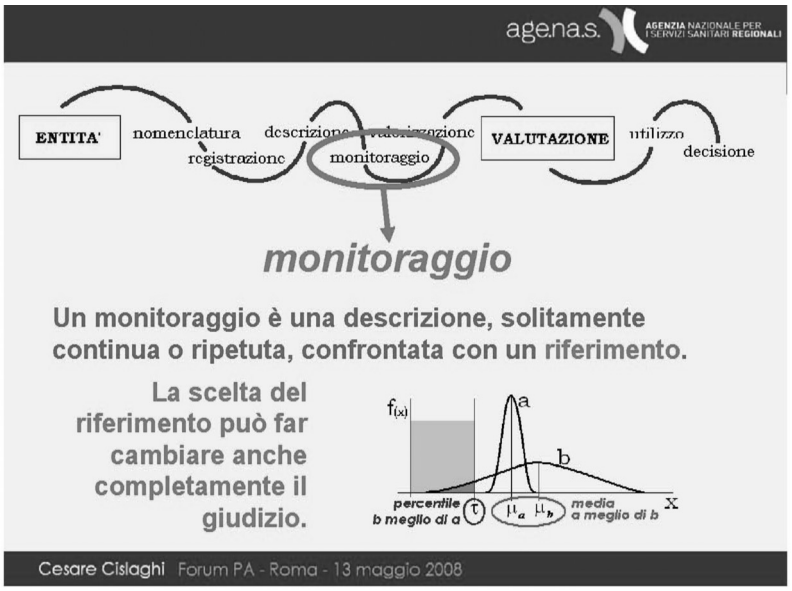


La descrizione della variabilità tra Aziende attraverso lo studio degli scarti dai valori minimi dei prezzi e dai valori mediani per l'acquisto di determinati beni.



La descrizione della variabilità tra Regioni relativamente ai modelli utilizzati.

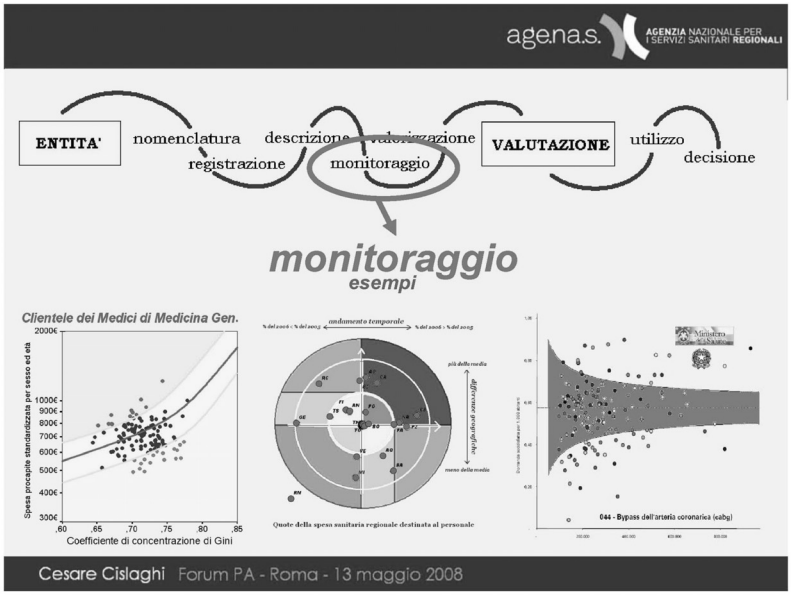
Il passo successivo è determinato dal fatto che la descrizione ha bisogno di un riferimento. Il monitoraggio, oltre a comprendere le dimensioni di continuità e di ripetizione dell'analisi, possiede la dimensione di un valore di riferimento.



Nell'esempio riportato nella figura ci sono due riferimenti e due distribuzioni: un conto è se usiamo la media e un conto è se usiamo il percentile.

Se ci interessa semplicemente la percentuale di soggetti al di sotto di un certo valore, in questo caso la B è peggiore della A. Mentre se prendiamo la media, la B è maggiore della A. La scelta del riferimento quindi non è certo neutrale rispetto al giudizio che viene dato. Ho classificato il riferimento in distribuzionale, programmatorio e normativo. Il distribuzionale riguarda la questione del maggiore o minore della media e se l'entità ha una varianza minore o maggiore sia come punto che come intervallo. Si tratta semplicemente di un riferimento descrittivo a volte utile. Se invece c'è una norma specifica il riferimento può essere normativo.

Questa norma, che può essere legislativa o scientifica, è però in molte situazioni molto difficile da trovare, da definire e da assumere. Spesso questo concetto normativo – quello di standard – è difficile da definire e da valutare, per cui è più corretto o più utile definire degli obiettivi programmatori, sia quelli statici (più di... o meno di... indipendentemente dall'evoluzione) che quelli dinamici che indicano il cambiamento con una certa misura e con un certo valore.



Nella figura trovate alcuni esempi di monitoraggio: la creazione di limiti di riferimento per individuare i medici più o meno spendaccioni; la spesa sanitaria del personale vista sia in senso statico (le Regioni che spendono di più e quelle che spendono di meno) sia in senso dinamico (se la spesa per il personale sta aumentando o diminuendo) e la variabilità del tasso di applicazione di bypass dell'arteria coronarica nelle diverse Unità Sanitarie Locali italiane. In questo ultimo caso la zona in grigio dovrebbe essere una variabilità compatibile con la variabilità casuale e quelle al suo esterno dovrebbero essere quindi le situazioni dove è importante porre l'attenzione.

Dal monitoraggio si passa alla valutazione. Una volta che si è definita la descrizione che è funzione della realtà, il passo successivo consiste nell'assegnare un valore ad ogni modalità riscontrata. Sicuramente sistemi differenti hanno valori differenti. Se il valore è l'universalità del sistema faremo una valutazione di un certo tipo, mentre, se questa non è un valore, faremo una valutazione di altro tipo.

I valori quindi sono insiti nelle scelte generali del sistema, che devono essere evidenziate. Al valore deve essere poi associato l'intervento, perché se succede una cosa si deve operare in un certo modo mentre se ne avviene un'altra si deve operare in modo diverso. Il più delle volte ciò significa che, se succede una cosa, tutto va avanti come prima mentre se ne succede un'altra si deve intervenire. Queste funzioni devono essere comunque definite, in maniera formale o in maniera informale. La valutazione quindi non può essere avulsa dalla conoscenza della realtà

(descrizione), dal giudizio della diversità (monitoraggio), dal valore operativo assegnato alla diversità e soprattutto dall'intervento decisionale conseguente.

Ne consegue che: non può esistere un processo valutativo che vada bene per tutto; non può separarsi funzionalmente il valutatore dal decisore; un processo valutativo deve mutare al mutare della realtà da valutare; due processi valutativi possono portare anche a decisioni differenti perché i sistemi possono avere valori differenti; il modello di valutazione deve essere trasparente a chi lo utilizza, se il modello infatti non è conosciuto dai decisori esso viene rifiutato.

Ci sono poi alcuni problemi tecnici importanti. Un primo problema è la funzione di composizione delle informazioni elementari, cioè come arriviamo a creare una valutazione complessiva da tante informazioni diverse. Questo è un problema tecnico molto serio. La funzione di composizione può essere: informale, per cui io vedo tante cose e mi faccio un'opinione complessiva; può essere di tipo statistico, ovvero essere un algoritmo più o meno complesso che permette di arrivare ad una decisione; oppure può anche essere una funzione grafica come in alcuni esempi che vi verranno esposti successivamente.

Le tabelle sotto riportate rappresentano un primo tentativo – ancora maldestro in alcuni passaggi e molto sintetico – di cominciare a vedere ciò che c'è di diverso e ciò che c'è di uguale nelle esperienze fatte. Abbiamo confrontato le tipologie del sistema attivato, i livelli istituzionali operativi delle varie esperienze, i settori analizzati, le dimensioni della valutazione, la tipologia degli indicatori di riferimento, i riferimenti dei monitoraggi, se sono state fatte delle funzioni di correzione per aggiustamenti di diverso tipo e altri elementi dei processi valutativi come i riferimenti concettuali, l'impatto dei sistemi sulla realtà fino alle reazioni del livello politico.

tabella 1

Tipologie di macro-settori di valutazione							
	Regione Abruzzo	**Regione Friuli Venezia Giulia**	**Regione Lombardia**	**Regione Piemonte**	**Regione Umbria**	**Regione Toscana**	**Regione Veneto**
Settore analizzato							
Processi interni	Efficienza, economic., sicurezza, appropr., integrazione	Si	Quasi tutti i principali processi interni	Si	Si	Risposta non pervenuta	Risposta non pervenuta
Soggetti interni	Aziende si Sotto presidi no	Si	Professionisti sanitari	Si	Si		
Relazioni esterne		Si	Cittadini e comuni	Parzialmente	Poco		
Soggetti esterni	Valutazione della comunicazione e della risposta ai bis.	Si	Cittadini e comuni	Minimo	Poco		
Risultati	Copertura LEA ed equilibrio economico	Si	In termini di efficacia, appropriatezza ed accessibilità	Si	Si		
Crescita e sviluppo	Limitato	-		Si	No		

Esempio di primo tentativo necessariamente superficiale di esame sinottico delle diverse esperienze. Si ipotizza di sviluppare un lavoro di approfondimento e di controllo per evidenziare gli elementi comuni e quelli differenti

tabella 2

Tipologie e livelli del sistema valutativo attivato							
	Regione Abruzzo	**Regione Friuli Venezia Giulia**	**Regione Lombardia**	**Regione Piemonte**	**Regione Umbria**	**Regione Toscana**	**Regione Veneto**
Tipologie del sistema attivato							
Descrizione	50% BSC-KPA	50% Performance, standard	50%	60%	70% Stato salute	Risposta non pervenuta	Risposta non pervenuta
Monitoraggio	10% monitoraggio performances	20%	20%	20%	20% Raggiungimento obiettivi		
Valutazione	40%	30%	30%	20%	10% Esiti assistenza		
Livello istituzionale							
Responsabilità istituzionale	Agenzia Sanitaria Regionale	Agenzia Regionale della Sanità	Regione ASL	Regione	Regione Oss. Epidem.	Risposta non pervenuta	Risposta non pervenuta
Conduzione operativa	Agenzia Sanitaria Regionale	ARS e Aziende	Enti esterni Strutture ASL	CSI Reti epidem.	Reti cognitive condivise		
Contenuti informativi			Flussi amministrativi Flussi specifici	adeguati	Stato salute - esiti Raggiungimento obiettivi PSR		
Utilizzo	Val. grado di attuazione dei piani e val. DDGG	Valutazione DDGG Val. raggiungimento obiettivi	Definizione regole di sistema; Verifica raggiungimento obiettivi	Scarso per perf. az. Medio per progr. Alto per percorsi	PSR Miglioramento qualità aziendali		

Esempio di primo tentativo necessariamente superficiale di esame sinottico delle diverse esperienze. Si ipotizza di sviluppare un lavoro di approfondimento e di controllo per evidenziare gli elementi comuni e quelli differenti

tabella 3

Dimensioni del processo valutativo							
	Regione Abruzzo	**Regione Friuli Venezia Giulia**	**Regione Lombardia**	**Regione Piemonte**	**Regione Umbria**	**Regione Toscana**	**Regione Veneto**
Dimensioni della valutazione							
Rispetto normativo e/o finanziario	Adempimenti PSR Equilibrio economico	Si	NOC - Tempi di attesa	Per la performance aziendale	no	Risposta non pervenuta	Risposta non pervenuta
Efficienza organizzativa		Si	Verifica efficienza e costi per manutenzione tariffe	Per la performance aziendale e per percorsi spec.	no		
Efficienza tecnica		Si		Si	no		
Efficienza allocativa	Economicità dell'organizzazione		Si	Si	no		
Efficienza intermedia (outcome)	Appropriatezza del prodotto	Si	Progetto CRISP	Per la performance aziendale e per percorsi spec.	Si		
Efficacia finale (output)	no	Si	Progetto CRISP	Per valutazione epidemiologica e per percorsi spec.	Si		
Equità		Si	Monitoraggio tempi di attesa	Si	Si		
Soddisfazione e consenso	Sia percepita che non percepita	Si	Monitoraggio Customer Satisfaction	no	Si		

Esempio di primo tentativo necessariamente superficiale di esame sinottico delle diverse esperienze. Si ipotizza di sviluppare un lavoro di approfondimento e di controllo per evidenziare gli elementi comuni e quelli differenti

tabella 4

Tipologie degli indicatori e dei riferimenti							
	Regione Abruzzo	**Regione Friuli Venezia Giulia**	**Regione Lombardia**	**Regione Piemonte**	**Regione Umbria**	**Regione Toscana**	**Regione Veneto**
Quantitative e/o qualitativi	entrambi	Si	Si	entrambi	entrambi	Risposta non pervenuta	Risposta non pervenuta
Analitici e/o sintetici	entrambi	Si	Si	entrambi	entrambi		
Organizzativi	Indici di cambiamento	Si	Si	Per la performance aziendale e per percorsi spec.	No		
Economici	Indicatori di performance	Si	Si	Solo per la performance aziendale	No		
Epidemiologici	Non direttamente	Si	Si	Per valutazione epidemiologica e per percorsi spec.	Si		
Riferimenti							
di normativa (standard)	Solo in presenza di riferimenti normativa	Si	Si	Solo per la performance aziendale	AHRQ e altri		
di programmazione (target)	Parametri di riferimento programmatorio	Si	Si	Solo per percorsi specifici	Obiettivi PSR		
di normalità (momenti distribuzionali)		Si	Si	Per la performance aziendale e per la val. epidemiol.	In assenza di standard		

Esempio di primo tentativo necessariamente superficiale di esame sinottico delle diverse esperienze. Si ipotizza di sviluppare un lavoro di approfondimento e di controllo per evidenziare gli elementi comuni e quelli differenti

tabella 5

Funzioni di correzione e di composizione degli indicatori							
	Regione Abruzzo	**Regione Friuli Venezia Giulia**	**Regione Lombardia**	**Regione Piemonte**	**Regione Umbria**	**Regione Toscana**	**Regione Veneto**
Risk adjustement	Solo per la spesa farmaceutica	Per alcune aree	Si	Per val. epidemiologici	Si	Risposta non pervenuta	Risposta non pervenuta
Aggiustamenti per le tendenze temporali		No	-	Per val. epidemiologici	Si		
Proporzionalità agli obiettivi	Per tutti gli indicatori	Si	-	No	No		
Pesi di composizione		No	-	Poco utilizzati	Si		
Funzione di composizione		No	-	No	No		
Sintesi grafiche		Si	-	Per val. epidem.	Si		
Metodi statistici semplici		Si	-	Si	Si		
Metodi statistici complessi		Solo per studio	Si	Per val. epidem.	Si		
Sistemi di composizione soggettivi		No	-	In sede di pianificazione sanitaria	DCA-RSA		

Esempio di primo tentativo necessariamente superficiale di esame sinottico delle diverse esperienze. Si ipotizza di sviluppare un lavoro di approfondimento e di controllo per evidenziare gli elementi comuni e quelli differenti

tabella 6

Altri elementi dei processi valutativi							
	Regione Abruzzo	**Regione Friuli Venezia Giulia**	**Regione Lombardia**	**Regione Piemonte**	**Regione Umbria**	**Regione Toscana**	**Regione Veneto**
Riferimenti concettuali alla letteratura	Kaplan/Norton Balanced Scorecard	Si	Si	Si	Si	Risposta non pervenuta	Risposta non pervenuta
Impatto dei sistemi sulla realtà	Sperimentazione solo nel 2007 - non ancora valutabile	Si	Si	Parziale ma significativo per i percorsi	Si		
Stima dei costi complessivi del sistema	circa 200.000 euro	Da mensili ad annuali	Si	Non valutati	Circa 800.000 per tre anni		
Scadenze temporali	Trimestrale ed annuale	Da un mese ad un anno	Si	Annuali	Ciclo programmatico triennale		
Ritardo informativo medio	Due settimane	Si	Si	Diverso a seconda della materia	Due anni		
Valutazione della valutazione	In corso	Si	Joint commission	Migliorabile	In itinere		
Diffusione dei risultati della valutazione	Previsti incontri con direttori	Si	Diversi	Migliorabile	In corso		
Partecipazione all'impostazione del sistema	Gruppo Agenzia Gruppo DIR Sanità Gruppo refer.aziend.	Si	Definizione regole del sistema	Migliorabile	Ampiamente ricercata		
Reazione del livello politico	Importante ruolo di sostegno	Si	Forte sponsorship	Scarsi e settoriali	Soddisfacenti		

Esempio di primo tentativo necessariamente superficiale di esame sinottico delle diverse esperienze. Si ipotizza di sviluppare un lavoro di approfondimento e di controllo per evidenziare gli elementi comuni e quelli differenti

Le prospettive per il lavoro sono quelle di avviare un progetto di ricerca da realizzare con un gruppo inter-regionale sui sistemi di valutazione finalizzato a:

1) Approfondire gli aspetti metodologici e tecnici relativi alla valutazione;

2) Elaborare, con il consenso delle Regioni, una linea guida su come effettuare le valutazioni;

3) Produrre un modello di sistema di valutazione di riferimento utilizzabile dalle Regioni senza proprie esperienze. Bisogna tenere presente però che se non è metabolizzato all'interno della Regione un sistema giustapposto ad un processo valutativo e organizzativo non serve a nulla. Si tratta quindi semplicemente di un modo per aiutare qualche Regione a fare una strada un po' più veloce

In conclusione valutare è dare un giudizio alle diversità per avere indicazioni utili a correggere solo gli elementi negativi.

Ugo Sturlese, *Coordinatore Gruppo Tecnostrutture Assistenza Specialistica, Ospedaliera e Ambulatoriale - Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte*

Valutazione nel sistema sanitario regionale in Piemonte

Il mio punto di vista è più quello del professionista della sanità che si occupa di sostegno al momento decisionale dell'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte che quello del valutatore. Dico questo in premessa, anche se Cesare Cislaghi nel suo intervento ha messo molto bene in evidenza come questi due elementi non possano essere disgiunti.

Siamo in un ambito di federalismo abbastanza avanzato in cui al Ministero rimangono poteri sostitutivi in caso di pericolo grave ma soprattutto – per quel che ci interessa – di tutela dei livelli essenziali delle prestazioni. Io credo però che in questi ultimi anni sia venuta emergendo la necessità di un forte coordinamento delle Regioni soprattutto in alcuni campi: quelli che facevano parte del disegno di legge sulla sicurezza e la qualità che non è stato mai approvato. Parlo in particolare degli strumenti della *clinical governance*, argomenti che per la loro complessità, per il livello delle competenze che sono indispensabili (Linee Guida, *Technology Assesment, Risk Management*) o per la funzione di garanzia che hanno per l'equità sostanziale dei servizi, dovrebbero avere la capacità di essere determinati ad un livello più alto di quello regionale, almeno come frutto di un coordinamento interregionale.

Il contributo della Regione Piemonte è quello di un sistema che si è dato degli strumenti molto ricchi ma assolutamente poco maturi. Da qui la disponibilità ad entrare in un ambito di cooperazione interregionale e a sviluppare una logica di sistema che tenga conto dei vari aspetti che sono emersi questa mattina. Parlo degli aspetti di tipo generale e di comunicazione per rendere conto della propria attività a livello interregionale e parlo nello stesso tempo dei rapporti tra Regione e Aziende Sanitarie. Aggiungo un elemento che secondo me sfugge a molti sistemi di valutazione e che invece viene raccomandato in sede OMS e di Unione Europea (cfr. la risoluzione del dicembre 2007), ovvero quello del carattere intersettoriale degli interventi sui determinanti della salute. Sto parlando dunque della prevalenza del concetto di salute rispetto a quello di sanità e di medicina.

La nostra – come dicevo – è un'esperienza poco matura ma molto vecchia. Dal 1981 la Regione Piemonte si è dedicata infatti a sperimentare elementi di valutazione. È abbastanza curioso il fatto che le prime esperienze fossero molto avanzate, nel senso che erano molto tese alla valutazione dello stato di attuazione del

Piano oltre che alla sperimentazione delle opportunità offerte dal sistema informativo. Successivamente verso la fine degli anni '90 – in un periodo di crescente sfiducia negli strumenti di valutazione – venne data maggiore attenzione agli elementi di controllo aziendale e quindi alla costruzione di un sistema estremamente analitico: si è arrivati a costruire quasi cinquecento indicatori. Questo sistema era molto analitico e abbastanza documentabile ma era tuttavia troppo complesso e ridondante. Recentemente vi è stata un'ultima revisione, il sistema è dimagrito ma continua ad avere dei grossi limiti di integrazione con scarsa incursione nel campo della valutazione e della decisione.

E' accaduto così che mentre il sistema della valutazione della Direzione Regionale viaggiava con scarsi interscambi, contemporaneamente si andava sviluppando il sistema epidemiologico piemontese, diretto dal Dottor Giuseppe Costa e orientato ai bisogni e ai risultati di salute. L'Osservatorio Epidemiologico ha un approccio aperto e flessibile orientato ai bisogni ed ha rappresentato la base per costruire il Piano SocioSanitario 2007/2010 appena approvato con la relazione di accompagnamento sullo stato di salute della Regione Piemonte. C'è stata anche qualche incursione in campo direzionale per quanto riguarda l'e-screening e la valutazione delle performance in relazione agli obiettivi determinati in questo campo.

Contestualmente, come ho detto, vigeva il sistema di valutazione che ho sommariamente descritto, orientato alla Direzione e basato sui soliti indicatori di performance: quelli che poco dicono sulla qualità e sull'efficacia dei servizi, ma che sono facilmente fruibili. Accanto agli indicatori economici del personale essi sono in grado infatti di definire in maniera semplificata i macro-obbiettivi aziendali in occasione dei famosi Piani di Riqualificazione e di Rientro che sono stati citati. Altri standard sono poi presenti in molte Delibere di settore ma fanno fatica ad entrare in questo sistema così complesso di indicatori.

Esistono dei punti di relativa innovazione che però devono essere ancora approfonditi, nel senso che noi nel processo di accreditamento istituzionale abbiamo dato una forte accentuazione di alcuni particolari aspetti. Da una parte c'è un elemento di valorizzazione delle esperienze periferiche, cioè un allargamento del campo dei valutatori anche alle Aziende Sanitarie periferiche, ma c'è stato soprattutto l'inserimento di elementi di valutazione dei percorsi. Fino ad ora in questo senso abbiamo elaborato tre percorsi – infarto miocardico acuto, protesi d'anca e carcinoma del colon retto (a cui presto si accompagnerà il percorso nascita) – nei quali fare il rilevamento di precisi indicatori di processo. A mio giudizio questo dà occasione di valutare le best practices, di confrontarle tra ASL e di fornire degli

sviluppi importanti.

Sul piano degli obiettivi assegnati alle Aziende e ai Direttori Generali – e quindi della gestione corrente del Piano – al di là dell'obbedienza ai canonici settori dell'assistenza collettiva territoriale e ospedaliera direi che la questione più innovativa riguarda il tema della sperimentazione di strumenti di valutazione in campo territoriale. Sono state enucleate a questo proposito venti aree fondamentali che rispondono ad obiettivi fondamentali del Piano. Queste sono state aggregate in sette macro-aree, e per ciascuna di esse sono stati individuati degli obbiettivi precisi e degli indicatori, a volte anche molto grossolani e quantitativi, come per esempio: la stipula di protocolli di intesa tra ASL ed enti gestori, relativamente all'obiettivo di Piano dell'accesso al sistema dei servizi integrati (gli obiettivi sono: almeno uno sportello per ASL nel 2008 e almeno uno sportello per Distretto entro il 2010).

Un altro aspetto che si presta ad ampie discussioni è quello dei Profili e dei Piani di Salute perché qui si introducono una serie di valutazioni su un terreno che a mio giudizio è fondamentale ma che non sempre viene incluso negli elementi di valutazione dei sistemi. Accanto agli elementi di partecipazione, per rafforzarli, noi abbiamo individuato una mappa di indicatori – quelli dell'OMS-Città Sane – che applicati su ogni singolo territorio o su aggregati di territorio sono attualmente accessibili, in particolare dai Sindaci e dai rappresentanti della cittadinanza attiva per sviluppare la capacità di governo degli elementi che compongono i determinanti della salute. Questi indicatori riguardano il settore dell'ambiente, delle condizioni socio-economiche e della sanità vera e propria.

Finora abbiamo informatizzato diciassette dei trentadue indicatori previsti nell'ultima revisione dell'OMS. Si tratta di piccolissime esperienze con le quali si cerca di introdurre qualche elemento che serva immediatamente al governo della sanità. Il coinvolgimento dei decisori locali – dei Sindaci – nel processo decisionale è molto importante perché molto spesso l'opinione pubblica e i decisori locali a causa della nota asimmetria informativa possono esercitare forti spinte in direzioni sbagliate.

Gli interrogativi che si profilano riprendono molte delle questioni citate nell'introduzione al convegno. Mi pare comunque che un forte coordinamento regionale – per le Regioni che ne hanno più bisogno ma anche per quelle che hanno un sistema di maturazione intermedia – sia fondamentale, così come lo è il contemperamento di esigenze regionali e nazionali, sia gestionali che dirette. Altrettanto necessaria mi appare la compartecipazione di tutti gli attori del sistema ed

in particolare dei beneficiari/destinatari, che molto spesso sono esclusi dalle normali inchieste e dai metodi di valutazione sulla sanità.

Siamo d'accordo dunque su un federalismo ben temperato, che tenga conto di tutti i fattori, compresi quelli che costituiscono i determinanti della salute e compresi tutti gli attori. Io credo inoltre (ricordando *qualcuno*) che l'economia e l'etica impongano anche pensieri forti basati su principi e politiche, che non sto qui a ricordarvi, ma che devono essere fondati sull'equità, soprattutto nell'accessibilità, così come sull'adeguatezza e sulla qualità.

Come ha detto il Ministro Giulio Tremonti : "… *oggi è più facile avere il superfluo che l'essenziale…".*

Franco Milani, *Dirigente Struttura Accreditamento, Appropriatezza e Controlli - Direzione Generale Sanità - Regione Lombardia*

La valutazione delle aziende sanitarie nell'esperienza della Regione Lombardia

In Regione Lombardia abbiamo la fortuna di avere avuto una leadership strategica che negli anni '90 ha pensato bene di elaborare e approvare la legge 31. Questa è stata per noi la base su cui abbiamo costruito i vari sistemi di valutazione. Dico subito – per far capire quale sarà il senso dell'intervento – che in Regione Lombardia siamo partiti con un approfondimento sui controlli operativi gestionali. Si è trattato di un controllo dal punto di vista economico, di stampo fordista, con il "conta tempo" in mano, per vedere se eravamo nel bilancio e se l'appropriatezza c'era. Piano piano siamo poi arrivati invece a maturare l'idea che la valutazione poteva essere uno strumento di valorizzazione ed *empowerment* di tutto il sistema, sia quello delle ASL che quello degli erogatori.

Inizialmente con la legge 31 abbiamo separato il sistema di governo e di controllo – che vede la Regione e le ASL come soggetti principali – dagli erogatori, ovvero le Aziende Ospedaliere pubbliche o private. In conseguenza di questo nel '98 abbiamo approvato una delibera con la quale, oltre a recepire i requisiti minimi che erano stati stabiliti a livello statale nel '97, abbiamo introdotto dei requisiti di accreditamento che hanno rappresentato il primo passo verso il superamento dell'asimmetria informativa con il cittadino. Con l'accreditamento abbiamo reso esplicito per il cittadino che determinati erogatori avevano per noi un livello di qualità diverso da altri erogatori che non avevano questo riconoscimento. Il governo di questo sistema ha implicato l'applicazione di un controllo gestionale piuttosto interno che nel 2007 si è tradotto nell'analisi di più di 100 mila schede di dimissioni ospedaliere e di 500 mila stringhe di prestazioni ambulatoriali. Nel 2007 tutto ciò ha portato al recupero di circa 25 milioni di euro sulle prestazioni sanitarie effettuate.

Queste indicazioni – al di là di essere favorevoli per il rispetto del bilancio (che però non è il soggetto di questo intervento) – hanno cominciato a dare lo stimolo per una valutazione rispetto alla qualità del sistema. Il dato raccolto sul territorio viene analizzato nelle ASL dagli appositi operatori al controllo, ma poi esso viene analizzato statisticamente in Regione e questo ha dato avvio ad un percorso verso una valutazione differente. Già nel 2000 come Direzione Sanità abbiamo iniziato a pensare alla possibilità di implementare, almeno sperimentalmente, un nuovo processo di valutazione affidando un pilota al *Joint Commission International* (JCI),

un ente no profit internazionale che valuta globalmente le Aziende sanitarie. Questo progetto sperimentale è andato avanti fino al 2004, quando abbiamo deciso di implementarlo su tutto il territorio. *Joint Commission International* ha elaborato con noi 58 standard internazionali applicati al territorio che ci hanno permesso di fare una valutazione di tutto il sistema sanitario, sia delle ASL che degli erogatori (con standard ovviamente differenti). Ogni standard è stato valutato con vari livelli, da quello pienamente raggiunto a quello non raggiunto o non applicabile passando per il parzialmente raggiunto. Tutte le strutture hanno proceduto all'attivazione di questo sistema e nel 40% dei casi la valutazione è stata fatta con il coinvolgimento diretto della Direzione Generale o della Direzione Sanitaria. In un altro 20-30% dei casi la valutazione è stata fatta invece tramite i Referenti della qualità aziendale e quindi in subordine con personale di vario livello (Responsabili clinici di reparto e quant'altro).

Questo processo – che non è più di stampo fordista e normativo come quello del controllo ma è di stampo volontario – ha coinvolto direttamente il livello strategico di Aziende ed erogatori. Questo aspetto è particolarmente interessante, perché di fatto il processo è duplice: c'è un'autovalutazione on line di tutte le Aziende e degli erogatori che viene successivamente controllata dagli operatori di *Joint Commission International,* i quali ci danno il ritorno sullo scostamento tra la valutazione e l'autovalutazione. Nel 70% dei casi il ritorno è stato di una corrispondenza fra le due cose.

Il progetto di *Joint Commission International* era un progetto triennale, la prima fase si è conclusa nel 2007 e sempre a loro abbiamo nuovamente affidato un progetto simile di continuazione per il triennio successivo. Possiamo quindi analizzare bene i risultati di questo triennio dove siamo già andati a regime (la sperimentazione è finita nel 2004). Dal punto di vista degli standard analizzati abbiamo ovviamente due grosse categorie: gli standard dei servizi alla persona e quelli organizzativi. Per quanto riguarda i servizi alla persona, gli standard vanno dalla continuità della cura alle informazioni date ai parenti mentre sul versante dell'organizzazione si tratta di tutti i requisiti organizzativi che possiamo immaginare sia in strutture come le ASL che in quelle di ricovero e cura.

I contenuti analizzati nel progetto di *Joint Commission International* sono stati suddivisi in quattro tipologie. La prima è quella della qualità della struttura, la seconda è quella degli standard economici, la terza è la valutazione degli *outcome* e quindi dell'efficacia e la quarta è una valutazione del management pubblico.

Per quanto riguarda la prima tipologia abbiamo suddiviso le performance qualitative a seconda se parlassimo di strutture di ricovero e cura erogatrici di servizi sanitari oppure di ASL. Per quanto riguarda le strutture di ricovero e cura abbiamo concentrato l'attenzione sui servizi resi direttamente alla persona mentre invece per le ASL ci si è concentrati sull'organizzazione. Questo non ha escluso evidentemente che anche all'interno delle strutture erogatrici siamo andati ad individuare degli standard organizzativi ben precisi.

Dal punto di vista della valutazione di *outcome* ci siamo concentrati su dati che non fossero già presenti in letteratura scientifica: siamo andati ad analizzare la mortalità del paziente entro trenta giorni dal ricovero, sia che fosse presente in quel momento nella struttura di ricovero e cura sia che fosse stato già dimesso. Un dato nuovo che abbiamo ritenuto in grado di dare un riscontro più fresco sull'efficacia della struttura.

Dal punto di vista del management pubblico abbiamo coinvolto tutti i Direttori Generali, Sanitari e Amministrativi dando indicazioni molto chiare e fornendo loro degli obbiettivi puntuali di rispetto degli standard economici e di qualità.

La cosa interessante è l'esito di questo lavoro. Tra dicembre 2007 e gennaio 2008 abbiamo avviato una indagine inviando un questionario a tutte le strutture di ricovero e cura. Si è trattato di un questionario anonimo compilato da tutti, con una percentuale di risposta del 100%. Il questionario chiedeva innanzitutto se il processo di valutazione, effettuato con *Joint Commission International,* era stato positivo dando la possibilità di rispondere con una gradazione che andava dal molto positivo al molto negativo. Nessuno ha risposto che quella valutazione era stata negativa o inutile e il 70% delle risposte l'ha indicata come positiva o molto positiva. Qualcuno ha risposto "non influente".

C'è stata quindi una risposta forte dal punto di vista strategico, la Direzione si è fatta infatti carico del processo di valutazione. A fronte del progetto l'83% delle strutture di ricovero e cura ha affermato di avere attivato progetti operativi finanziati per il miglioramento della qualità, finalizzati al recupero di quanto *Joint Commission International* indicava come deficitario. All'interno di questo 83% la media per ogni struttura era di sette progetti. Questo ci rende molto soddisfatti perché è evidente che su sessanta standard le criticità non possono essere una o due, ma d'altra parte se i progetti attivati fossero stati trenta ci sarebbe stata una dispersione. Non sarebbe stato possibile infatti attivare progetti che avessero risultati concreti in un numero così elevato.

La sintesi che come Regione Lombardia possiamo trarre da questa esperienza è che essendo partiti nel '97 da un'immagine di valutazione come controllo operativo e gestionale abbiamo – senza abbandonare questo fondamentale step – immaginato e costruito un sistema di valutazione su base volontaria che ha coinvolto tutto il sistema che ha risposto positivamente. Stiamo iniziando a capire che – oltre alla rigidità della norma, all'applicazione della norma stessa e al controllo che il bilancio sia in pareggio – la valorizzazione della professionalità è di per sé un parametro di qualità e aiuta la realizzazione di una valutazione seria. Questo vuol dire che per avere una valutazione forte noi dobbiamo avere un'implementazione sempre più forte della responsabilità del singolo che è chiamato a partecipare al processo di valutazione. Altrimenti non avremmo avuto quella risposta così rilevante di cui vi ho parlato.

Marco Bonamico, Direttore Generale FORMEZ

Sistemi di valutazione dei servizi sanitari: indicatori comuni per una migliore valutazione

Credo che tutto si debba e si possa valutare. Il problema è quello di trovare degli indicatori comuni che consentano una valutazione degli esiti e che allo stesso tempo siano confrontabili. Quelle che abbiamo visto oggi sono delle esperienze interessanti, ma difficilmente sovrapponibili. Credo che la sfida che dobbiamo raccogliere in questo momento sia proprio quella della possibilità di mettere a confronto e di comparare gli esiti delle valutazioni che vengono fatte. I cittadini – quelli che ieri il Ministro per la funzione pubblica ha definito i clienti (e io ho condiviso pienamente questo termine perché chi paga non è un utente ma un cliente) – devono sicuramente essere accontentati e va monitorato il loro grado di soddisfazione. Non è assolutamente più pensabile che un cittadino debba pagare nuovamente una prestazione che ha già pagato a monte. Il fatto che ci si debba rivolgere ad altri per avere una prestazione efficace ed efficiente è impensabile: quella prestazione il cittadino deve poterla pretendere dalla struttura che egli ha pagato.

Un altro punto importante è quello della messa in concorrenza dei servizi pubblici con i servizi privati. Quando il cittadino non riesce ad ottenere la prestazione dal pubblico si deve poter rivolgere anche al privato.

Ieri il Ministro Brunetta ha parlato del miracolo della Pubblica Amministrazione, e ha detto che malgrado l'inesistenza di strumenti di governance la Pubblica Amministrazione funziona, magari non in tutti i settori o funziona a macchia di leopardo: però la PA italiana, con luci e ombre, funziona.

Prima di diventare Direttore Generale di un'Azienda Sanitaria – nel 2000 – sono stato Amministratore Delegato di una multinazionale svizzera ed ero sottoposto a controlli molto ferrei. Il primo giorno che sono entrato in Azienda Sanitaria ho chiesto dove poter collegare il mio computer portatile per avere un po' di dati sull'andamento aziendale. Mi guardarono tutti un po' strano, come se fossi stato un marziano. Era un'Azienda di Roma e mi aspettavo fosse strutturata, invece non c'era un sistema informativo; avevamo duemilacinquecento dipendenti e centoventiquattro computer, tutti di vecchia generazione; il budget era un libro dei sogni che sembrava la Guida Monaci però senza un numero.

Io credo che oggi la situazione sia completamente diversa, ci sono sicuramente più strumenti di qualche anno fa che però vanno utilizzati in maniera funzionale. Dato che la Pubblica Amministrazione è fatta dalle donne e dagli uomini che ci lavorano, credo che la sfida sia quella di investire in maniera forte sulla professionalità interna, di quegli uomini e quelle donne che lavorano all'interno delle strutture pubbliche.

Negli ultimi tempi ci sono stati tagli drastici nella Pubblica Amministrazione e questa situazione è un po' simile a quella del cane che si morde la coda: si vuole che la PA funzioni meglio, però si continuano a tagliare gli investimenti. L'Amministrazione oggi costa troppo ed è quindi giusto tagliare, ma credo che ciò vada fatto in maniera progressiva. Se un sistema deve funzionare, in quel sistema bisogna investire. Il blocco del turn over influisce invece negativamente sulla funzionalità dei sistemi e dei servizi. Bisogna investire nella Pubblica Amministrazione e bisogna cominciare a dare degli obiettivi chiari e valutabili. Si parla della Pubblica Amministrazione come di un freno allo sviluppo del Paese, dobbiamo allora porre in essere azioni che ci permettano finalmente di avere una Pubblica Amministrazione più snella, che costi meno e che rappresenti il motore per il rilancio del nostro Paese.

In questo, fondamentale il ruolo delle Regioni; bisogna arrivare ad una solidarietà tra le Regioni più forti e le Regioni più deboli. Non sto parlando di Regioni più ricche e di Regioni più povere ma di quelle che hanno sistemi più forti e di quelle che hanno quelli più deboli. Determinante sarà un cambio di mentalità: perché spesso le Regioni più deboli vedono come un'interferenza nella loro autonomia il tentativo di esportare nel loro territorio le esperienze più positive di altre Regioni. Invece il trasferimento da Regione a Regione delle esperienze più positive può essere un rilevante fattore di sviluppo del sistema.

Milena Vainieri, *Ricercatrice del Laboratorio Management e Sanità - Scuola Superiore S. Anna di Pisa*

La valutazione come metodo di lavoro: il sistema della Regione Toscana

Rappresento qui il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore S. Anna di Pisa che ha avuto nel 2002 il mandato dalla Regione Toscana di costruire un sistema di valutazione delle performance delle Aziende sanitarie toscane. In questa occasione intendo dunque presentare il sistema di valutazione delle performance delle Aziende Sanitarie utilizzato dalla Regione Toscana e sviluppato per rispondere a tre finalità.

La prima finalità del sistema di valutazione era quella di misurare i risultati. Questo aspetto può risultare scontato ma in realtà gli indicatori sono tanti ed è difficile metterli a sistema e riuscire a leggere in modo integrato i vari dati che sono in possesso delle Regioni.

Un'altra finalità era quella di superare l'autoreferenzialità. In questo senso ci si è posti l'obiettivo di uscire dalle mura aziendali per riuscire a confrontarsi con altre Aziende della Toscana. Essendo in ambito regionale infatti il confronto è sempre effettuato tra Aziende della Toscana.

La terza finalità era infine quella di attivare dei processi di miglioramento, attraverso la responsabilizzazione sociale e attraverso il benchmarking. Quest'ultimo ci ha aiutato a scardinare l'autoreferenzialità aziendale e ad attivare processi di apprendimento e innovazione collegati all'individuazione delle best practices.

Dopo il mandato affidatoci nel 2002, i primi tre anni hanno rappresentato una fase di sperimentazione, di individuazione delle metodologie e di costruzione del modello. Nel 2004 c'è stata la prima sperimentazione in quattro Aziende della Toscana. Il 2005 è stato poi l'anno in cui il modello è stato implementato in tutte le Aziende territoriali della Toscana e c'è stato un adattamento delle Aziende Ospedaliere Universitarie attraverso il coinvolgimento dei Direttori dei Dipartimenti dei D.A.I. Il 2006 è stato un anno di consolidamento per il sistema di valutazione, anche attraverso l'utilizzo del sistema stesso per la programmazione regionale.

Nel 2007 c'è stata la decisione di pubblicare i risultati attraverso un sistema web ad accesso riservato - per ora utile soprattutto ai professionisti delle Aziende Sanitarie - e dall'altro attraverso un report contenente i dati aperto a tutti e quindi anche ai cittadini. Il 2008 prevede come obiettivi non solo la valutazione delle

Aziende Sanitarie ma anche di altri soggetti, come le Società della Salute e gli ESTAV (Enti di Supporto Tecnico e Amministrativo).

Il nostro sistema si basa su duecentocinquanta indicatori di analisi che cercano di dare la fotografia di alcuni aspetti, perché non si tratta di un sistema onnicomprensivo. Non tutti gli indicatori ricevono però una valutazione, solo centrotrenta di questi infatti rientrano all'interno del sistema e ricevono quell'attribuzione di valore di cui parlava Cesare Cislaghi nella sua introduzione. Centrotrenta indicatori sono sempre tanti per riuscire a dare un'indicazione anche visiva (l'impatto che volevamo dare era infatti quello di una lettura facile e chiara per tutti, sia per i manager che per i professionisti), si è profilata quindi la necessità di arrivare ad alcuni indicatori di sintesi che attraverso una logica ad albero riuscissero a sintetizzare con una media aritmetica o ponderata la valutazione ricevuta dai vari sotto-indicatori. Questi indicatori di sintesi sono raggruppati in sei dimensioni di analisi.

Le sei dimensioni di valutazione che il nostro sistema individua sono:

1. Il livello di salute della popolazione, che rappresenta la mission del Sistema Sanitario toscano ma anche delle Aziende;
2. La capacità di perseguimento degli orientamenti regionali, i cui indicatori possono essere modificati e cambiati all'interno del sistema proprio in quanto legati alle strategie regionali e quindi alle priorità variabili;
3. La valutazione sociosanitaria, che contiene una serie di indicatori legati alla qualità, all'appropriatezza e all'efficienza dei ricoveri;
4. La valutazione esterna, che prende in considerazione il punto di vista del cittadino sia con indicatori che guardano al gradimento e alla soddisfazione che con indicatori che vanno ad analizzare l'esperienza;
5. La valutazione interna, che tiene conto del punto di vista degli operatori perché sono i dipendenti i motori del cambiamento;
6. La valutazione di efficienza operativa e dinamica economico-finanziaria collegata alla valutazione dei bilanci e di altri indicatori relativi all'utilizzo delle risorse.

Non mi soffermo sui vari indicatori ma a titolo di esempio ne cito alcuni. La dimensione della valutazione del livello di salute della popolazione contiene ad esempio indicatori sulla mortalità.

La dimensione della capacità di perseguimento degli orientamenti regionali contiene invece indicatori come il grado di copertura vaccinale, l'estensione e ade-

sione allo screening o i tempi di attesa per le visite specialistiche. In questo caso si è utilizzata la metodologia di indagine dell'utente misterioso: quest'indicatore non deriva dai flussi informativi ma siamo noi ricercatori del laboratorio che chiamiamo i CUP delle Aziende per chiedere quanto tempo ci vuole per effettuare quella determinata visita. Si tratta ovviamente di un indicatore sentinella che ci avverte che in quel momento di quel preciso giorno alla richiesta di un utente il CUP avrebbe risposto in quel modo.

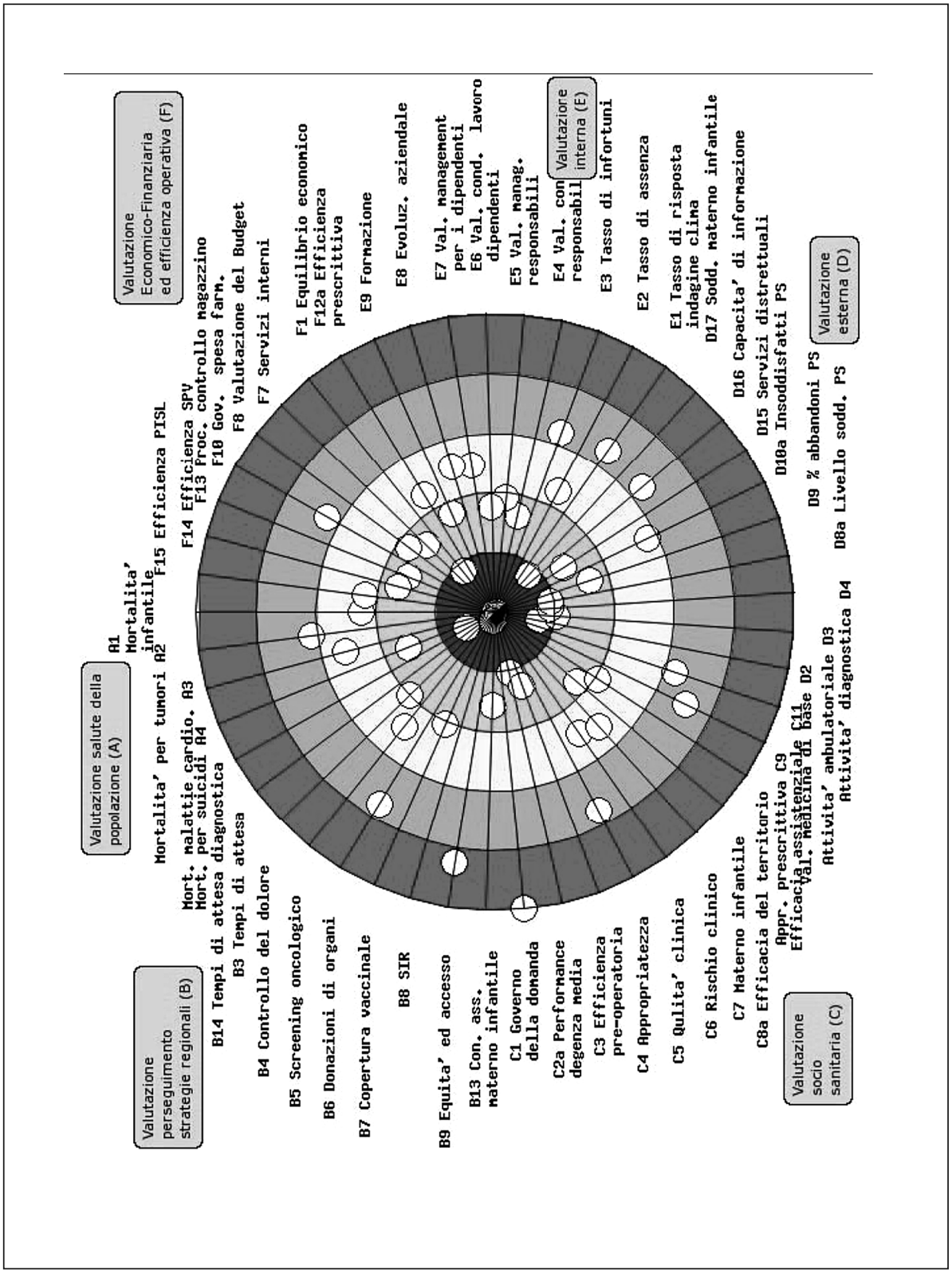
Nella dimensione della valutazione sanitaria ci sono – come dicevo – tutta una serie di indicatori che si riferiscono al tasso di ospedalizzazione, alla degenza media, all'appropriatezza di alcuni DRG, alla qualità clinica (data ad esempio dalla percentuale di re-ricoveri o dalla percentuale di fratture dell'anca operate entro i due giorni dall'ammissione), alla valutazione materno-infantile (determinata anche dalla percentuale dei parti cesarei).

Sulla valutazione esterna nel 2006 sono state condotte indagini sul Pronto Soccorso e sui ricoveri. Nel 2007 sono state fatte altre indagini relative ai servizi territoriali e alla valutazione delle donne per quanto riguarda il percorso materno-infantile.

Nella valutazione interna non rientrano soltanto indicatori su "il mio lavoro" o sulla valutazione data da parte dei dipendenti ai propri responsabili ma anche indicatori fisico/tecnici che possono dare una valutazione indiretta del clima all'interno dell'azienda: parlo del tasso di assenteismo o del tasso di infortuni dei dipendenti.

Si è cercato di andare verso una sintesi abbastanza semplice e quindi abbiamo creato una scala di valutazione della performance che va da "molto scarsa" – a cui è stato attribuito il colore rosso ed un punteggio uguale a 0 – ad una performance "ottimale" che è indicata dal colore verde e da una valutazione di 5. Il posizionamento da 0 a 5 indica anche il posizionamento all'interno del nostro sistema.

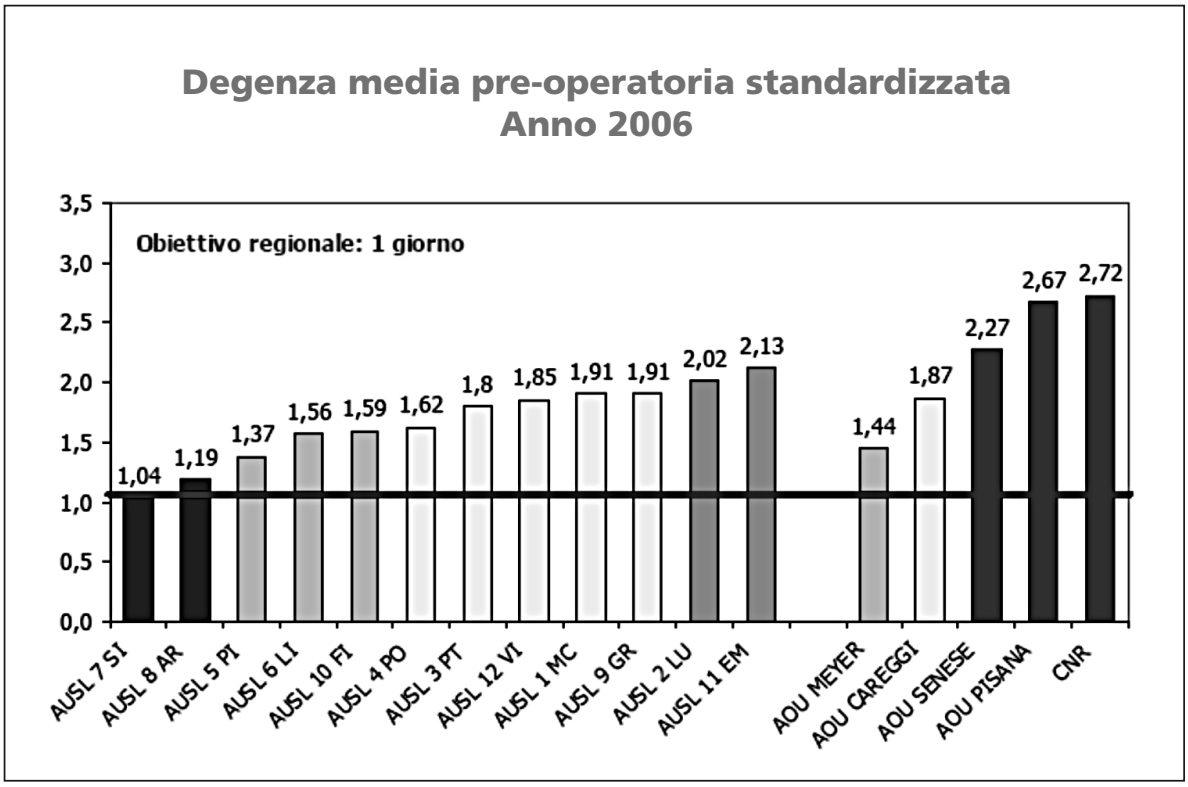
Quali riferimenti abbiamo utilizzato per poter dare una valutazione? Abbiamo utilizzato laddove esistevano degli standard internazionali riconosciuti, come ad esempio la percentuale di parti cesarei indicata all'OMS, oppure gli obiettivi esplicitati in una delibera o individuati dal sistema di programmazione e controllo regionale. Laddove non vi era nessuno dei precedenti riferimenti siamo ricorsi alla media regionale.


Valutazione salute della popolazione (A)
Valutazione perseguimento strategie regionali (B)
Valutazione socio sanitaria (C)
Valutazione esterna (D)
Valutazione interna (E)
Valutazione Economico-Finanziaria ed efficienza operativa (F)
A1 Mortalita' infantile
A2 Mortalita' per tumori
A3 Mort. malattie cardio.
A4 Mort. per suicidi
B14 Tempi di attesa diagnostica
B3 Tempi di attesa
B4 Controllo del dolore
B5 Screening oncologico
B6 Donazioni di organi
B7 Copertura vaccinale
B8 SIR
B9 Equita' ed accesso
B13 Con. ass. materno infantile
C1 Governo della domanda
C2a Performance degenza media
C3 Efficienza pre-operatoria
C4 Appropriatezza
C5 Qulita' clinica
C6 Rischio clinico
C7 Materno infantile
C8a Efficacia del territorio
Appr. prescrittiva C9
Efficacia assistenziale C11
Val. medicina di base D2
Attivita' ambulatoriale D3
Attivita' diagnostica D4
D8a Livello sodd. PS
D9 % abbandoni PS
D10a Insoddisfatti PS
D15 Servizi distrettuali
D16 Capacita' di informazione
D17 Sodd. materno infantile
E1 Tasso di risposta indagine clima
E2 Tasso di assenza
E3 Tasso di infortuni
E4 Val. con responsabil
E5 Val. manag. responsabili
E6 Val. cond. lavoro dipendenti
E7 Val. management per i dipendenti
E8 Evoluz. aziendale
E9 Formazione
F1 Equilibrio economico
F12a Efficienza prescrittiva
F7 Servizi interni
F8 Valutazione del Budget
F10 Gov. spesa farm.
F13 Proc. controllo magazzino
F14 Efficienza SPV
F15 Efficienza PISL

Il bersaglio è la rappresentazione grafica del nostro sistema di valutazione e presenta come ultimo cerchio una performance molto scarsa mentre la performance ottimale corrisponde alla centratura del bersaglio. Nella figura potete vedere il bersaglio relativo alla sintesi della valutazione regionale ma ogni Azienda riceve un bersaglio dove può facilmente individuare grazie al posizionamento dei vari indicatori quali sono i suoi punti di forza o di debolezza all'interno del sistema.

Faccio giusto due esempi velocissimi. Per l'indicatore C3 relativo all'efficienza pre-operatoria (e collegato quindi al tempo di degenza medio pre-operatorio) il valore regionale è di 2,38 giorni e rappresenta una performance media di colore giallo.

Nella seguente figura è riportata la valutazione dello stesso indicatore in tutte le Aziende toscane: ci sono i dati relativi alle dodici Aziende Sanitarie Territoriali, alle quattro Aziende Ospedaliere Universitarie e al CNR (ora Fondazione Monasterio). In questo caso l'obiettivo regionale era quello di riuscire ad operare entro un giorno dall'ammissione perché si tratta di ricoveri programmati. Come vedete però c'è una forte variabilità all'interno delle Aziende.



Un altro indicatore di sintesi è quello del percorso materno-infantile. Nella figura seguente potete vedere colorati i sotto-indicatori relativi che ricevono una valuta-

zione e non colorati quelli di analisi che non la ricevono ma possono essere comunque utili a fotografare il fenomeno collegato al percorso materno-infantile. Questo è uno dei pochi casi in cui all'interno dell'indicatore sintetico i sotto-indicatori ricevono una ponderazione. Ad esempio in questo caso un rilievo particolare è stato dato alla percentuale di parti cesarei depurata da quei casi che tendenzialmente dovrebbero portare ad un parto cesareo, si va quindi a guardare soltanto la percentuale dei parti cesarei effettuati su primipare con parto non gemellare, bambino in posizione vertice e gravidanza portata a termine (fra la 38ª e la 43ª settimana). Anche in questo caso si nota una grande variabilità di performance tra le Aziende, la migliore performance è data ad esempio dalla AUSL di Prato con il 9,3% mentre la peggiore è data dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana con il 28,6%.

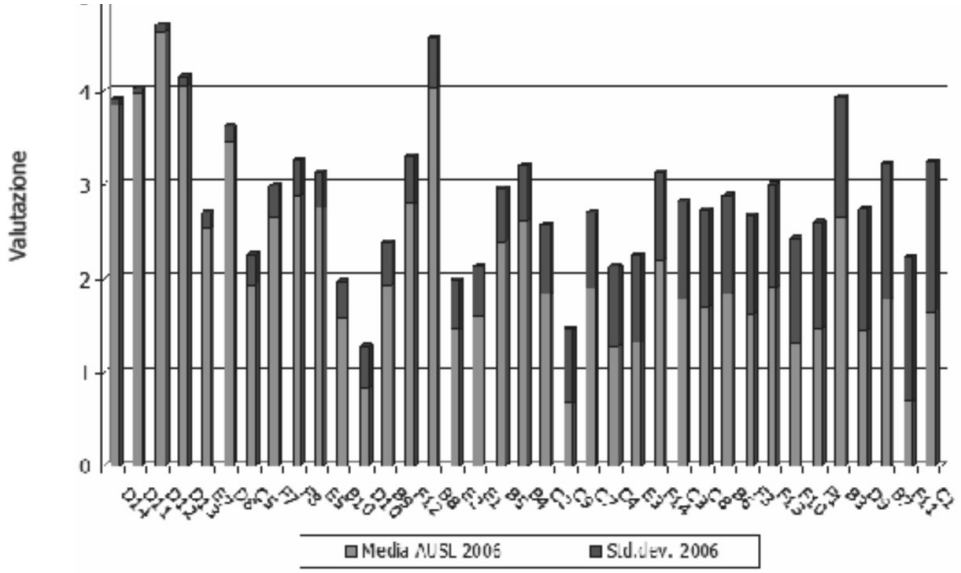
Questo è il secondo anno in cui alcuni indicatori del sistema sono legati all'incentivazione dei Direttori Generali. Ogni Azienda riceve un obiettivo personalizzato basato sulla propria condizione di partenza. L'obiettivo viene dato con un'interpolazione lineare. All'interno della scheda che valuta i Direttori Generali una novità è costituita dagli obiettivi di Area Vasta, la valutazione infatti non è collegata soltanto alla propria azienda ma anche alla collaborazione che c'è fra le Aziende all'interno del sistema. Negli obiettivi di Area Vasta c'è dunque il collegamento con gli obiettivi dell'ESTAV perché se uno di questi ultimi è di riuscire a portare in area vasta alcune funzioni amministrative, questo trasferimento è collegato anche alla collaborazione che le aziende danno a questo ente. Infine è presente nella scheda di valutazione dei Direttori Generali un indicatore globale di sintesi relativo alla valutazione di tutta la performance del sistema.

Dopo il 2005 – l'anno dell'implementazione – nel 2006 abbiamo notato che circa il 71% degli indicatori di performance sono migliorati per quanto riguarda le AUSL mentre per le Aziende Ospedaliere il dato è del 58%.

Nella figura di seguito trovate collegata alle sigle degli indicatori la valutazione della performance ricevuta nel 2006. In grigio scuro trovate la deviazione standard che indica lo spazio di manovra e la possibilità di miglioramento della propria performance all'interno delle Aziende. Sulla base di questa variabilità quest'anno abbiamo cercato di fare un altro passaggio, ovvero di aiutare le Aziende a capire quali sono le priorità di intervento per poter migliorare la propria performance. In questo modo partendo dalle determinanti dei costi – l'attività sanitaria – abbiamo cercato di misurare qual è lo spazio di manovra a disposizione del management. Questo con lo scopo da un lato di riuscire a dare priorità ad alcuni

Cambiamento e miglioramento

Media dei Punteggi delle AUSL su alcuni indicatori 2006 e Deviazione standard



E' ipotizzabile che la performance degli indicatori con bassa deviazione standard sia in alcuni casi fr
delle strategie di sistema, mentre quella con alta variabilità sia nelle mani del management aziend

interventi e dall'altro di riuscire a sensibilizzare non solo il top management ma anche i professionisti nell'utilizzo delle risorse.

Ad esempio sull'indicatore C3 relativo alla degenza pre-operatoria si è visto che alcune Aziende sono riuscite ad arrivare all'obiettivo di un giorno, un'Azienda Ospedaliera invece aveva una degenza media pre-operatoria di 2,66 giorni. Se quest'azienda riuscisse ad arrivare all'obiettivo di un giorno riuscirebbe a ridurre 38 mila giornate di degenza, che potrebbero essere misurate in 105 posti letto. Riuscire a raggiungere questo obiettivo potrebbe dire riuscire a ridurre o ad eliminare i costi vivi (costi alberghieri) con un risparmio di 1,5 milioni di euro. Se questo miglioramento è accompagnato anche ad una ri-allocazione di risorse e ad una programmazione attenta del management, potrebbero essere spostati 19 milioni di euro (pari al costo del personale). Se invece si riuscissero ad eliminare anche i costi di struttura e si pensasse ad una chiusura dei posti letto o ad un'effettiva ri-allocazione non solo del personale ma anche degli spazi si potrebbe arrivare addirittura a ri-allocare 27 milioni di euro su altri servizi.

La pubblicizzazione dei risultati infine è importante anche perché la rappresentazione grafica del sistema è molto semplice e aiuta la comprensione. Sempre più fra i professionisti si è sentito dire "io ho un rosso" o "io ho un verde" o si è sentito parlare attraverso i codici degli indicatori. Osservare questo fenomeno ci ha fatto capire che il sistema di valutazione è entrato all'interno del governo del Sistema Sanitario ed è stato apprezzato e condiviso anche dai professionisti.

Le prossime pubblicazioni saranno il Report 2007 contenente i dati del 2006 e un libro edito da Il Mulino che riporterà più nel dettaglio tutte le scelte metodologiche effettuate per la costruzione di alcuni indicatori e delle varie aree.

Giorgio Casati, *ARS Abruzzo*

La valutazione delle performance: l'esperienza della Regione Abruzzo

Prima di descrivere le caratteristiche dello strumento che abbiamo implementato in Regione Abruzzo è opportuno analizzare alcuni elementi di contesto.

La Regione Abruzzo nel 2006 era alla deriva per quanto riguardava il governo dei servizi sanitari, nel senso che non esisteva una cultura della valutazione, non c'erano strumenti di programmazione codificati, strutturati e utilizzati in modo sistematico. Il governo del sistema era basato sostanzialmente sulle contingenze. Ciò ha prodotto naturalmente degli effetti sui costi e sulla capacità del sistema di assicurare la copertura dei livelli di assistenza. Per questo già nel 2006 si sono avviate le procedure che hanno portato alla definizione del Piano di Rientro.

A quell'epoca esistevano delle esigenze di fondo decisive. La prima era sicuramente quella di recuperare la funzione di governo da parte della Regione al fine di evitare il commissariamento. Nei sistemi sanitari – per le Regioni come per le Aziende – l'introduzione di sistemi di gestione, misurazione e valutazione è condizionata dal contesto ambientale in cui l'Azienda o la Regione opera. Spesso purtroppo ci si dà da fare per realizzare questi strumenti quando ci si trova all'ultimo momento. Questa è una riflessione a mio avviso utile anche per fare proiezioni su che cosa possiamo fare in futuro.

In Regione Abruzzo avevamo innanzitutto bisogno di strumenti che fossero capaci di assicurare l'equilibrio tra la dimensione economica e la dimensione clinico/assistenziale perché evidentemente a fronte del Piano di Risanamento il rischio era quello di andare a ridurre e a tagliare i livelli di assistenza pur di stare all'interno dei vincoli posti dal Piano di Rientro. C'era poi chiaramente la necessità di coinvolgere e far partecipare ai contenuti della programmazione.

Da qui la scelta di uno strumento che avesse un approccio multidimensionale alla misurazione delle performance. Era necessario riuscire a monitorare aspetti diversi della gestione e del governo: sia l'aspetto economico che quello clinico/assistenziale. Necessitavamo di uno strumento che fosse pesantemente ancorato alla funzione di programmazione, perché c'era l'esigenza di recuperare la funzione di governo a livello regionale, e che avesse la capacità di rappresentare "in modo semplice" la realtà. Ho messo le virgolette perché bisogna fare attenzione alla

semplificazione: lo strumento per semplificare tutto il servizio sanitario ce l'abbiamo già, sono i soldi, ma ciò non è risultato particolarmente efficace in questi anni. Lo strumento quindi deve essere il più semplice possibile ma deve tenere conto della complessità del sistema.

La scelta alla fine è caduta sul *Balanced Scorecard* (BSC). Questo strumento prende in considerazione diverse dimensioni. In primis quella di assicurare i livelli di assistenza all'interno del budget economico. Nelle aree-chiave di performance c'è una lista di indicatori che servono per verificare se effettivamente il sistema è in grado di assicurare i livelli di assistenza rispettando il budget economico. Tutto ciò deve avvenire attraverso una serie di azioni: l'assicurazione della continuità assistenziale, l'appropriatezza, la sicurezza, la razionalizzazione dell'organizzazione, la razionalizzazione ed il miglioramento dell'efficienza dei processi produttivi, ecc. Questi oggetti ulteriori di valutazione in parte hanno dei legami, per cui si condizionano vicendevolmente nei risultati, ed in parte vanno ad impattare sull'assicurazione dei livelli di assistenza nel rispetto del budget economico.

Queste azioni devono assicurare i risultati riportati in alto alla figura ma non dobbiamo dimenticarci che in mezzo c'è la necessità di rispondere al bisogno globale del cittadino, di informare, far partecipare il cittadino stesso, semplificare le modalità attraverso le quali i cittadini possono fruire dei servizi. Questi ultimi divengono nuovi oggetti di valutazione che vengono inseriti nello schema di programmazione e che poi hanno degli indicatori specifici di verifica. Tutto questo deve essere completato da oggetti di valutazione che ci consentano di avere uno sguardo sul futuro. Quindi è importante misurare il risultato finale, ma è anche fondamentale assicurare che le organizzazioni non lo raggiungano un anno e poi mai più nel futuro, in virtù del fatto che hanno distrutto o spremuto l'organizzazione, ma che al contrario abbiano potuto creare le condizioni per poter perseguire risultati eccellenti nel tempo: lo sviluppo continuo del patrimonio professionale, lo sviluppo e l'estensione dei sistemi informativi, lo sviluppo di programmi e ricerche, la definizione di piani e l'assunzione di altri provvedimenti attuativi.

Questa è sostanzialmente la mappa strategica della BSC, dove le aree-chiave di performance sono correlate tra di loro. Diventa poi importante capire come questo strumento si agganci alla programmazione. Abbiamo perciò ricostruito la mappa della BSC mettendo tutte le aree chiave di performance in verticale per leggerle attraverso i programmi regionali (il Piano di Rientro, il Piano Sanitario Regionale e tutti gli altri provvedimenti significativi che hanno valenza strategica).

Questo è un aspetto fondamentale perché non si tratta di un sistema di misurazione che misura tutto: si misura solo ciò che è utile per perseguire gli obiettivi strategici del sistema.

I piani e i programmi ad esempio nel Piano Sanitario Regionale sono stati definiti per macrolivelli di assistenza (prevenzione, assistenza territoriale, assistenza ospedaliera), poi c'è un grande blocco di iniziative che riguardano il governo clinico, la progettazione e l'attivazione delle reti cliniche. Ci sono poi altri piani e programmi non meno importanti come quelli, ad esempio, per il raggiungimento degli obiettivi economico/finanziari definiti con il Piano di Rientro. Per ciascuno di questi indirizzi di programma c'è uno sviluppo più analitico. All'interno dell'assistenza territoriale ad esempio troviamo l'assistenza intermedia, e all'interno dell'assistenza intermedia le aree di intervento che riguardano il sistema delle cure domiciliari, quello della residenzialità e semi-residenzialità per anziani non autosufficienti e il sistema extraospedaliero della riabilitazione e disabilità.

La lettura trasversale di piani e programmi rispetto alle aree-chiave di performance della BSC avviene in modo che per ogni programma e per ogni linea di azione definita a livello regionale si cerchi di stabilire – in corrispondenza di ciascuna area-chiave di performance – che cosa per noi è fondamentale andare a valutare. Ad esempio per il sistema delle cure domiciliari gli elementi sono la quantità di assistiti, la distribuzione di farmaci e presidi, i pazienti che vengono valutati come complessi, i *care giver*, la de-ospedalizzazione derivante dal potenziamento dell'attività delle cure domiciliari fino ad arrivare - in fondo alla matrice

- all'assunzione di quegli atti che la Regione deve necessariamente espletare per consentire la realizzazione e lo sviluppo delle cure domiciliari. Si crea quindi una sorta di relazione causa/effetto tra le varie azioni previste dal Piano e i risultati che si intendono conseguire alla fine.

Nella figura sottostante trovate l'esempio di un segmento di una scheda di BSC che tende a misurare e poi a valutare la performance del sistema sanitario complessivamente inteso. Quelli che vedete sono gli indicatori che abbiamo utilizzato nel 2008 in riferimento all'assicurazione dei livelli di assistenza e al rispetto del budget economico. Chiaramente essi hanno il valore che possono avere tenendo conto della finalità dello strumento. Nel senso che con quest'elenco di indicatori non si intende cercare una convergenza, questi sono gli indicatori utili in Regione Abruzzo per verificare l'attuazione della strategia definita con il Piano di Rientro e con il Piano Sanitario Regionale.

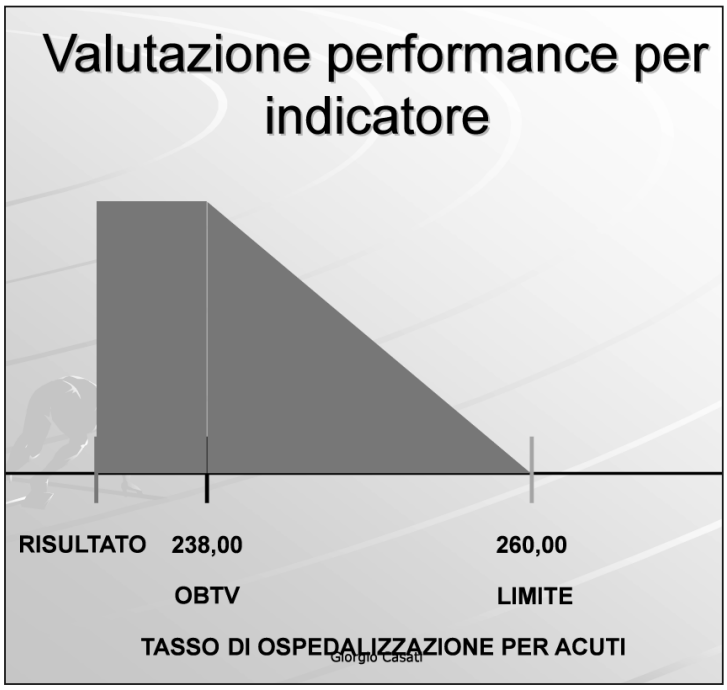
Esempio segmento scheda BSC

1. ASSICURARE I LIVELLI DI ASSISTENZA		
Indicatore di Verifica	**Storico**	**Obiettivo**
% Copertura Vaccinale Malattie Infettive	70,1%	73,5%
% Copertura Controlli Prevenzione	51,9%	65,0%
% Comunicazione Allerte alimentari entro 24 ore	nd	100,0%
% Visite e Prestazioni Ambulatorali Entro Soglia	80,7%	85,9%
Tasso Ospedalizzazione per Acuti	258,75	204,70
Tasso Pazienti Assistiti in Cure Domiciliari	24,70	26,24
Tasso Pazienti Assistiti in Assistenza Residenziale e Semiresidenziale per Anziani	12,89	12,89
Tasso Ospedalizzazione Lungodegenti e Riabilitazione	10,49	12,44
% Autosufficienza Trasfusionale	nd	100,0%
% Adesione Programmi Screening	22,3%	38,0%
2. RISPETTARE IL BUDGET ECONOMICO		
Indicatore di Verifica	**Storico**	**Obiettivo**
Assistenza Farmaceutica Territoriale (Convenzionata e non)	304.169	298.296
Acquisto Prestazioni Sanitarie Strutture Private	423.714	378.083
Spesa Acquisto Farmaci Totale (no Distribuzione Diretta)	87.528	82.886
Vincolo Spesa Personale Finanziaria Piano di Risanamento	692.873	692.854
Costi di Produzione Totali al Netto Mobilità	2.292.399	2.231.332
Entrate Proprie e Saldo Mobilità Extra	62.489	60.879

La BSC complessiva, che è fatta grossomodo da centoventi indicatori distribuiti nelle varie aree-chiave di performance, viene poi scomposta – attraverso il cosiddetto *Cascading* – in sette BSC, una per ogni Azienda Sanitaria e una che compete all'Agenzia e alla Direzione di Sanità, perché se loro non svolgono i propri compiti non rendono possibile il raggiungimento degli obiettivi da parte delle Aziende Sanitarie. Per ciascuno di questi soggetti sono stati individuati un'ottantina di indicatori. Tutti gli indicatori che fanno riferimento ad assicurare i li-

velli di assistenza e rispettare il budget economico vedono la corresponsabilità delle Aziende e degli organismi di governo regionale. Dopodiché chiaramente la BSC della Regione è più spostata sul piano dei programmi e delle ricerche mentre quelle delle aziende sono più orientate a migliorare i processi, a razionalizzare l'organizzazione e ad assicurare i risultati nei rapporti con gli utenti del sistema.

Noi volevamo avere un sistema di valutazione a tutti gli effetti per poter valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi fissati attraverso i piani e i programmi. Per fare questo abbiamo deciso di rendere esplicito il sistema di valutazione, ovvero i criteri che vengono utilizzati. Questo ha comportato l'identificazione di un peso per ciascun indicatore all'interno di ciascuna area-chiave di performance che esprima il valore strategico di quell'indicatore nell'economia complessiva della pianificazione regionale con riferimento a quell'area-chiave di performance specifica. Oltre al peso è stato definito per ciascun indicatore un valore limite, ovvero un valore oltre il quale il risultato è considerato definitivamente non conforme con l'obiettivo iniziale.



Nell'esempio riportato dalla figura l'indicatore è il tasso di ospedalizzazione per acuti, c'è un limite fissato a 260 per mille e il risultato produce questo tipo di ef-

fetto per la valutazione: per risultati migliori o uguali all'obiettivo viene riconosciuto il raggiungimento al 100%, oltre al limite si è invece allo 0%, per risultati intermedi tra l'obiettivo e il valore limite viene considerato un valore intermedio calcolato con l'interpolazione binaria.

Questo non era sufficiente perché per ogni area-chiave di performance possiamo stabilire che abbiamo raggiunto il 90% o il 10% dell'obiettivo, ma noi volevamo arrivare ad un numero finale che potesse rappresentare in qualche modo un bilancio. Abbiamo ritenuto opportuno allora creare un sistema di pesatura che fosse coerente con lo schema del BSC. Prima abbiamo visto le aree-chiave di performance collegate tra di loro, noi ci siamo detti che possiamo anche aver assicurato i livelli di assistenza al 90%, ma se sulle determinanti (rispondere al bisogno globale, informare e far partecipare il cittadino, appropriatezza e sicurezza, integrazione e continuità assistenziale) arriviamo solo al 70% giungiamo non più al 90% ma ad un 63%.

Noi stiamo chiudendo ora la valutazione del 2007, ancora sperimentale e che non produce effetti nei rapporti con i Direttori Generali. Sta venendo fuori quanto questo sistema sia rigoroso. Riuscire infatti a fare un 60% degli obiettivi concordati con un sistema di valutazione a cascata come questo che abbiamo immaginato è estremamente difficile, perché un errore piccolo nella parte bassa della matrice, – quella che viene normalmente ignorata (se non si fanno ad esempio i corsi di formazione o se non si inviano correttamente i flussi informativi), – determina degli effetti a cascata anche sui risultati finali. Da un certo punto di vista questo è corretto perché se non vengono create le condizioni per dare una prospettiva futura al servizio sanitario, i risultati prodotti nell'anno in corso non hanno valore.

Per concludere voglio parlare di alcuni elementi di impatto di questo sistema. *In primis* c'è un forte coinvolgimento delle direzioni aziendali che sono state coinvolte nella fase di progettazione del sistema, nella definizione e nella condivisione della mappa strategica e nell'identificazione degli indicatori. Non tutti gli indicatori che avevamo individuato sono stati infatti utilizzati, perché magari è mancata una fonte informativa o uno non è stato condiviso. Eravamo partiti con circa trecento indicatori e alla fine ci siamo fermati a centoventi perché molti di questi non erano applicabili nel 2008. L'aspetto positivo è comunque dato dal fatto che le direzioni aziendali hanno sempre seguito e partecipato a questa parte di progettazione. Ovviamente le direzioni aziendali sono state coinvolte nella fase finale, quella di formulazione degli obiettivi e

di attribuzione di un numero per ciascun indicatore che rappresentasse l'obiettivo che ciascun attore doveva raggiungere entro l'esercizio.

Con questo strumento è stato possibile spiegare agli operatori del servizio sanitario i contenuti del Piano di Rientro, che non sono sicuramente semplici. La prima reazione di un operatore infatti è: "questo disavanzo non l'ho prodotto io e adesso mi costringe a lavorare male...". Abbiamo allora spiegato i contenuti del Piano di Rientro e gli sforzi che la Regione sta compiendo per assicurare il sostegno ai servizi.

C'è stato anche sicuramente un sostegno della politica nella fase di scelta dello strumento, tant'è che esso è stato inserito nel Piano di Rientro. La Regione si è assunta quindi la responsabilità di andare a descrivere piani e programmi con uno strumento molto complesso che andava ad esplicitare le azioni che la Regione stessa portava avanti. C'è stato poi un sostegno forte nella sottoscrizione degli obiettivi: lo stesso Presidente della Regione ha firmato assieme ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie gli obiettivi da raggiungere nel 2007 e lo stesso accadrà per il 2008. C'è stato infine un sostegno nella definizione del sistema per la valutazione dei Direttori Generali a partire dal 2009. La cosa finale che vorremmo fare infatti – dopo aver sperimentato il sistema nel 2007 e nel 2008 – è quella di tarare un po' gli strumenti (perché se è molto difficile raggiungere gli obiettivi bisogna mettere dei correttivi) per arrivare ad una misurazione trasparente delle performance. Ovviamente la situazione deve essere valutata bene perché bisogna capire le ragioni di uno scostamento, non è che se uno non raggiunge un obiettivo va ucciso. Occorre invece comprendere la ragione dello scostamento, e se si tratta di un fenomeno non governabile bisogna ri-proporzionare le valutazioni.

Ci sono anche alcuni risultati che mi posso permettere di farvi vedere. La valutazione del 2007 è infatti ancora in corso ma qualche risultato è già visibile. Nel 2007 rispetto al 2006 siamo riusciti a ridurre di 47.370 unità i ricoveri. Abbiamo ridotto di circa il 12% il numero complessivo dei ricoveri prodotti in regione Abruzzo. Questo ha determinato chiaramente un impatto sul tasso di ospedalizzazione. Mi rendo conto che il 231 per mille è un tasso ancora molto alto ma lo abbiamo ridotto di 37 punti. La BSC non ha il merito di questo ma essa ha cercato di rappresentare i programmi. C'è stato poi un potenziamento del territorio: sono stati istituiti dei Nuclei di Cure Primarie (si è passati da 11 a 48) e i pazienti assistiti con le cure domiciliari sono passati dal 10,64 per mille al 24,70.

C'è stato poi un sostanziale rispetto dei vincoli economici fissati dal Piano di Rientro.

I risultati economici preliminari in base ai dati del IV Trimestre CE: sulle spese farmaceutiche ce l'abbiamo fatta, sui costi del personale ce l'abbiamo fatta, sull'assistenza convenzionata esterna purtroppo no e sui costi di produzione totali ho messo un segno giallo perché tutto sommato 8 milioni di euro su 2275 mi sembra una percentuale di scostamento ragionevole. Poi ovviamente il giudizio non spetta solo a noi ma ai Ministeri che tra pochi giorni ci devono valutare sui risultati che abbiamo prodotto.

ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

Risultati economici preliminari

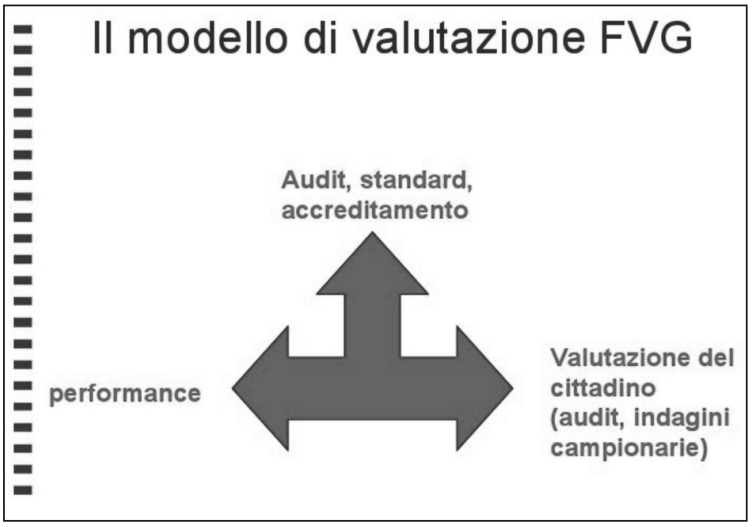
	Piano di Rientro	CE IV Trimestre	Scostamento
Spesa Faramceutica (H+T)	402.860	394.666	8.194
Costi del Personale	784.000	782.635	1.365
Assistenza Convenzionata Esterna	413.000	419.761	-6.761
Totale Costi Produzione	2.267.520	2.275.736	-8.216

Giorgio Casati

Giorgio Simon, *Responsabile Area Governo Clinico - ARS Friuli Venezia Giulia*

Valutazione e performance in Regione Friuli Venezia Giulia

Noi siamo una piccola Regione di confine con un milione e duecentomila abitanti, con un bilancio in avanzo e con il tasso di ospedalizzazione sotto il centosessanta per mille.



Il modello di valutazione in senso generale e di garanzia nei confronti del cittadino si è sviluppato e si sta sviluppando in maniera continua su tre assi.

Il primo – quello più classico – è quello della misurazione della performance in cui gli indicatori di processo e di risultato, che possono riguardare lo stato di salute come l'aspetto economico, sono ormai consolidati e diffusi. Alcuni di questi hanno cadenza mensile, dall'ospedalizzazione all'andamento del bilancio, dal consumo di beni e servizi a quelli che riguardano il personale. Altri – anche per ovvie ragioni legate alla possibilità di raccogliere i dati – hanno cadenza annuale.

Un altro asse di valutazione e di garanzia è quello degli standard strutturali che devono essere raggiunti da ciascuna azienda, da ciascun servizio o – in casi specifici – da ciascun professionista. In alcuni casi essi prendono la valenza del vero e proprio accreditamento istituzionale – cioè devi raggiungerli altrimenti non puoi esercitare per il Servizio Sanitario Regionale – mentre in altri casi hanno una valenza più professionale, ad esempio i senologi concordano che per poter fare quella determinata cosa bisogna rispettare determinati standard. Per trattare l'ictus in acuto ad esempio si deve avere dal 118 il protocollo per determinare cosa va alla trombolisi e cosa no, e il sistema che misura quanti minuti passano dalla chiamata all'intervento clinico.

Si tratta di un sistema molto articolato che non posso qui descrivere per limiti di tempo ma che ha la valenza di determinare quali sono gli elementi che devono costituire il Sistema regionale per poter essere di garanzia ai cittadini.

Il terzo asse è quello della valutazione da parte del cittadino. In questo asse ci sono due filoni principali e alcuni minori. Il primo filone è quello che ha determinato l'adozione – come strumento generalizzato e obbligatorio nella nostra Regione – dell'audit civico. Come sapete si tratta di un sistema messo in piedi da Cittadinanzattiva che si rifà alla Carta Europea dei Diritti del Malato secondo cui i cittadini insieme agli operatori della sanità vanno nei singoli luoghi (Aziende, ospedali, ecc.) per verificare la rispondenza ad una serie di standard. Si va dagli standard straconosciuti che si occupano della pulizia a quelli che valutano se ci siano attivi programmi di diminuzione del dolore, di cure palliative e così via. Dopo la conclusione del primo ciclo abbiamo messo come condizione cogente il fatto che i risultati diventino parte del Piano aziendale dell'anno successivo. Le Aziende devono cioè impegnarsi a dire quali dei problemi che sono stati rilevati dai cittadini verranno migliorati o risolti. Dalle riunioni che abbiamo avuto su questo tema è emerso che la valutazione è stata positiva anche da parte dei diversi gruppi degli operatori che sono stati coinvolti, nel senso che essi hanno testimoniato come molte volte non ci si accorge dei problemi che si hanno in casa perché si è talmente abituati all'ambiente che non si colgono alcune differenze.
Un altro filone del terzo asse è quello dell'indagine campionaria in cui si chiede ai cittadini che hanno attraversato il Sistema Sanitario quali sono state le loro esperienze. Su questo aspetto siamo in fase di progettazione e con la Regione Veneto – che sotto questo profilo è più avanti di noi – stiamo portando avanti il lavoro con la stessa metodologia, quella del Picker Institute di Oxforf che ha un sistema di valutazione dell'esperienza del paziente diverso dalla customer satisfaction tradizionale. Non si chiede – in sintesi – al paziente se è soddisfatto o non soddisfatto ma gli si chiede ad esempio se ha avuto dolore. Per misurare la continuità delle cure – altro esempio – non si chiede "hai avuto continuità nelle cure?" ma "quante volte hai dovuto ripetere la stessa informazione a più operatori?". Si tratta di una metodologia che a nostro parere, in termini di ritorno dell'informazione che viene misurata, è molto più utile.
Nella figura che segue sono evidenziati alcuni aggettivi del modello di valutazione che per noi rappresentano delle parole chiave, e che voglio porre al centro della discussione. Alcuni di questi aggettivi si riferiscono a problemi che non sono risolti ma sono affrontati ancora nel corso dell'applicazione del sistema.

Il primo aggettivo è regionale, un sistema infatti per essere tale deve essere regionale (dovrebbe essere nazionale ma almeno deve possedere la dimensione re-

Il modello: le parole chiave

- Regionale – equità
- partecipato – chi è valutato deve condividere le misure
- Formazione – continua e sul campo
- Contrattuale – se serve
- Organizzato – chiari livelli di responsabilità
- Informatizzato – dall'uso quotidiano a sistema
- Flessibile – si cambia sul campo
- Pagato ? – pay for performance ?
- Personalizzato – deve poter arrivare anche ai singoli
- Gestionale – deve far parte della routine

gionale). Ciò riguarda il tema dell'equità, che ha diverse sfaccettature ma che sotto questo punto di vista deve essere almeno geografica: un cittadino di un'area deve avere gli stessi livelli di garanzia di uno di un'altra. In questo senso va vista la programmazione e la pianificazione di ambito regionale.

Il secondo aggettivo-chiave è partecipato perché in tutte le misure che vengono adottate e implementate molto spesso per singoli percorsi di cura o per singoli problemi c'è una forte partecipazione di chi deve essere valutato. Se infatti chi alla fine verrà valutato non ha partecipato e non condivide il valore dello strumento di valutazione, questo rischia di essere percepito come uno dei tanti strumenti burocratici che la Regione mette in piedi.

Ovviamente accanto a questi aspetti c'è la necessità di una formazione che non è solo quella di partenza ma che deve avere le caratteristiche della continuità e della presenza sul campo. Proprio in questi giorni ad esempio abbiamo deciso con la Medicina Generale di fare un sistema di valutazione abbastanza articolato a partire da due patologie croniche – il diabete e la bronco/pneumopatia cronica ostruttiva. Facendo ritornare alla Medicina Generale dei dati sulla cura di queste patologie con riferimento a degli standard elaborati dalla stessa Medicina Generale insieme a degli specialisti, si fa formazione discutendo delle linee guida e del punto in cui la Medicina Generale è rispetto ai livelli emersi dal confronto con i colleghi, con i pazienti, con l'Azienda e con la Regione.

Esiste poi un aspetto contrattuale che in alcuni campi rappresenta un punto debole. Un sistema di valutazione dovrebbe infatti avere delle implicazioni contrattuali, nel

senso degli accordi integrativi regionali sia per la dipendenza pubblica che per quella convenzionata come la Medicina Generale. In questo settore sono state fatte singole cose su singoli pezzi ma arrivare ad una situazione più sistematica – come si sta cercando di ipotizzare con la medicina generale – è ancora difficile. Anche il contratto sulla dipendenza non ci aiuta molto ad avere sul serio un sistema di valutazione.

Per quanto riguarda l'aggettivo informatizzato è chiaro che la raccolta delle informazioni deve passare il più possibile attraverso i sistemi informativi ma si devono sapere due cose: che non è sempre possibile e che si deve informatizzare solo quello che serve per la pratica quotidiana e che è legato alla propria attività. Il rischio infatti è che anche questo aspetto venga vissuto come una cosa imposta dall'alto e che poi la qualità dei dati emessi sia assolutamente scadente.

Il sistema di valutazione deve essere anche flessibile perché non può essere pensato una tantum ma deve cambiare in continuazione in base alle esigenze, alla programmazione e alle osservazioni e critiche che vengono da chi ne usufruisce.

Il sistema deve essere poi pagato. Ho messo nella slide il punto di domanda, poichè in alcuni casi ci sono stati infatti dei premi/sanzioni che sono partiti dai Direttori Generali e chi ne ha visto un maggiore utilizzo è stata la Medicina Generale. Indico con un punto di domanda anche il *pay for performance*, molti di voi conosceranno il dibattito che su questo c'è in letteratura internazionale: l'ipotesi di lavoro che si sta facendo, in particolare con la Medicina Generale, è quella di arrivare ad un sistema di questo genere. I sindacati nazionali e le società scientifiche nazionali hanno dimostrato un'importante disponibilità nel mettere questo come uno dei punti importanti del rinnovo contrattuale.

Su alcuni temi bisogna cominciare la valutazione dei singoli (da qui l'aggettivo personalizzato) e in alcuni casi ciò è essenziale: in screening bisogna sapere quanto bene legge il singolo lettore e la performance del singolo operatore in alcuni interventi chirurgici importanti deve essere valutata sulla persona. Si tratta di un tema delicato, difficile e molto dibattuto che però all'interno di alcuni programmi dovrebbe essere compreso.

L'ultimo punto riguarda l'aggettivo gestionale: o i sistemi di valutazione escono dai progetti di ricerca e di sperimentazione e diventano finalmente gestionali – cioè entrano a far parte della routine – oppure non matureranno mai. Una volta che tutto il percorso che vi ho descritto prima (la partecipazione, la formazione, ecc.) è stato messo a punto e svolto correttamente, la valutazione – che rappresenta il livello di garanzia nei confronti del cittadino – deve dunque assolutamente entrare a far parte della routine.

Carla Collicelli, *Vice Direttore generale Fondazione Censis*

Osservazioni conclusive

Questo incontro organizzato nell'ambito del FORUM PA 2008 sulla valutazione in sanità ha mostrato di rispondere ad una esigenza fortemente sentita, sia dagli utenti che dagli addetti ai lavori. Tutte le analisi più recenti convergono infatti nel mettere in luce la richiesta di "più qualità" e "più Stato" nella società da parte degli italiani, nelle motivazioni del voto come nei giudizi sui servizi della propria zona. A ciò si affianca la domanda di maggiori investimenti nella valutazione della qualità da parte degli stessi operatori e dirigenti sanitari, sia all'interno del proprio contesto regionale che nel dialogo con le altre regioni e con il governo centrale. Anche i ricorrenti fenomeni e segnali di disfunzioni nella sanità italiana, dagli errori umani alle carenze organizzative e di sistema, come pure la quotidiana lotta con l'insufficienza delle risorse rimandano sempre più spesso alle capacità di capire, guidare e misurare il sistema, a tutto ciò in sostanza che attiene al *software* gestionale e relazionale, al di là di quanto è già stato realizzato negli ultimi anni. Anzi, più ci si addentra nei processi di governo e risanamento economico-finanziario, dalla contabilità per centri di costo agli interventi per i ripiani di bilancio, e più ci si rende conto di quanto contino la cultura gestionale, gli approcci globali, la qualità come obiettivo a più dimensioni, l'impatto sulla società e gli esiti, il dialogo con i destinatari e gli operatori.

Come è emerso dalle presentazioni e dalla discussione, il mix che ha prevalso negli ultimi anni, dato da devoluzione, aziendalismo ed economicismo, mostra le corde rispetto al crescente disincanto nei confronti delle riforme degli assetti istituzionali e soprattutto alla insofferenza nei confronti delle diseguaglianze e delle sacche di bassa qualità. E' quindi arrivato il momento di mettere mano con maggiore decisione agli strumenti di valutazione dei servizi e dei sistemi di offerta.

In secondo luogo ci siamo resi conto che la logica da abbracciare deve essere tale da considerare assolutamente non separabili le tre aree prioritarie su cui bisogna spingere di più nella sanità italiana di questi anni: la prima quella della qualità, della sicurezza e della appropriatezza delle cure; la seconda quella della promozione della salute, della prevenzione e della comunicazione; la terza quella del governo clinico e del coordinamento delle responsabilità.

In terzo luogo è risultato evidente che le esperienze regionali e locali non man-

cano, in qualche caso con risultati anche molto interessanti, ma che mancano la condivisione del metodo, dai criteri agli indicatori alla interpretazione dei risultati, e la capacità e la voglia di diffondere le esperienze più avanzate a tutto campo.

In quarto luogo va considerato che la nuova fase che si sta aprendo deve poter dire qualcosa di più e di nuovo rispetto ai risultati prodotti dai tradizionali controlli di gestione ed anche dalle tante indagini di soddisfazione degli utenti, effettuate a livello locale e regionale. Spesso questi strumenti sono stati utilizzati in chiave amministrativa, senza sforzarsi di coglierne il portato culturale e sociale, per quanto riguarda i controlli di gestione, ed in chiave di mero ascolto della propria personale utenza, per le indagini di soddisfazione. In realtà ciò che occorre è un riorientamento generale dei sistemi di offerta alla qualità, ad una qualità che sia obiettivo a lungo termine, concetto globale ed unificatore che riguarda l'attenzione all'utente come l'efficienza gestionale, l'eccellenza come la produttività, i risultati come la sicurezza, il recupero della fiducia come l'economicità. Soprattutto, bisogna lavorare in un'ottica di collaborazione interistituzionale, sia in senso verticale che in senso orizzontale. Ricordando che la Costituzione chiama il sistema a produrre salute e non sanità ed a garantire per tutti gli italiani quello che viene oramai considerato un diritto fondamentale. E solo una buona valutazione ci può aiutare in questo senso.

L'incontro del FORUM PA ha inteso proporre una chiave di lettura comune sull'importanza di una valutazione scientificamente fondata ed istituzionalmente sostenuta in sanità nonché un metodo armonizzato di approccio al tema, anche sulla base degli esiti di una esperienza coordinata dalla Agenzia dei Servizi Sanitari assieme a 7 Assessorati regionali alla sanità.

A conclusione della discussione vorrei inoltre sottolineare che abbiamo potuto godere oggi di una atmosfera caratterizzata da una sorta di aria di freschezza, da un clima fattivo e molto concreto e dalla presentazione di esperienze molto interessanti. Il che contrasta con l'aria che solitamente si ha modo di respirare quando si frequentano le classiche riunioni ufficiali sulla valutazione della sanità. In quei contesti si ha spesso la sensazione che manchi quello scambio che oggi invece siamo stati capaci di creare, fuori dagli schemi condizionati dalla ossessione dei Piani di rientro e dai controlli del Ministero dell'Economia, che spesso impediscono che si parli dei problemi reali.

Un sistema di valutazione dovrebbe invece partire proprio dalle cose che sono state dette oggi, e dovrebbe avere l'ampiezza di approccio che oggi abbiamo avuto modo di sperimentare. Mi auguro che la responsabilità sempre più forte

dell'Agenzia Nazionale su questo terreno possa dare un contributo sia a livello nazionale che regionale nella direzione utile e giusta.

Una seconda osservazione che sorge spontanea ascoltando le relazioni di oggi riguarda l'interesse e l'importanza della ricerca continua di strumenti e di modalità adeguate per affrontare il problema. Abbiamo potuto ascoltare interessanti esperienze, ed in particolare, per quanto riguarda gli Urp, viene da chiedersi se alla loro ampia diffusione sul territorio nazionale corrisponda una loro adeguata utilizzazione. In realtà sembra che gli Urp vengano utilizzati poco, e varrebbe la pena proporre di studiare forme più ampie di coinvolgimento, ad esempio individuando un modo comune di registrare e rielaborare i dati che da questi uffici provengono.

Idem dicasi per il ruolo estremamente importante che potrebbero avere nei processi di valutazione le opinioni degli operatori, ad oggi sfruttate ancora molto poco, mentre l'enorme portato di esperienze, di conoscenze e di valutazioni che gli operatori esprimono nei confronti delle cose che fanno tutti i giorni e che vedono con una profondità di approccio e con una specificità che può sfuggire ad altri soggetti, costituisce un patrimonio considerevole e da valorizzare.

Infine vorrei concludere citando due aspetti che mi sembrano ancora troppo assenti anche nelle esperienze più interessanti di cui oggi abbiamo avuto modo di ascoltare i risultati. Il primo è dato dal ruolo della responsabilità individuale: purtroppo spesso accade che, soprattutto quando ci si avvia su percorsi tecnicamente e metodologicamente complessi, vincolati anche da una serie di questioni normative e istituzionali, ci si dimentichi che la qualità passa principalmente per l'operato del singolo professionista e per la responsabilità che viene messa a frutto da ciascuno nel momento in cui si muove all'interno del sistema. Qualcuno dei relatori odierni ha parlato di questo aspetto, e dunque l'argomento non sfugge del tutto all'attenzione, ma certamente non abbiamo trovato ancora il modo per aggredirlo in maniera adeguata. Un ripensamento degli strumenti tradizionali della formazione potrebbe fungere a questo scopo, con l'introduzione di modalità più idonee a mettere in gioco la responsabilità individuale all'interno dei sistemi di offerta.

L'altro elemento che mi è sembrato assente, e sul quale vorrei brevemente richiamare l'attenzione, riguarda la qualità dei dati a nostra disposizione. E'apparso chiaro oggi ancora una volta che spesso la valutazione di cui abbiamo parlato utilizza per la misurazione dello stato di salute solo i dati di mortalità, dati sicuramente importanti e utili, ma assolutamente insufficienti. Credo che anche da questo punto di vista andrebbe fatto un grosso sforzo per arricchire le nostre modalità di analisi, per trovare indicatori più consoni alla valutazione e misurazione della

salute, del benessere e della qualità della vita delle persone per quanto riguarda la dimensione sanitaria. Altrimenti rischieremo di mettere in piedi sistemi estremamente ricchi e complessi ma che lavorano su elementi fragili e per mancanza di dati commettono errori di valutazione, non riuscendo a cogliere la portata dei fenomeni.

Impaginazione e stampa a cura di Veant Srl - Roma

consulenza
formazione
ricerca

Public Management

Governance Territoriale

Formazione e Sviluppo Risorse Umane

Gestione dei Servizi pubblici

Comunicazione istituzionale

Progetti Internazionali

LATTANZIO E ASSOCIATI

partner delle Amministrazioni Pubbliche nella sfida del cambiamento

www.lattanzioeassociati.it

MILANO
ROMA
BARI
PALERMO

BUCAREST
BUDAPEST
KIEV

Saperi PA è una grande "enciclopedia" web sui processi di innovazione e modernizzazione nelle PA e nei sistemi territoriali, costruita attraverso il lavoro quotidiano di FORUM PA.
Un vero e proprio patrimonio di conoscenze che viene restituito ai lettori, organizzato e classificato secondo diverse chiavi interpretative, per una immediata e facile fruibilità.
Migliaia di documenti suddivisi per tipologia e per area tematica sono proposti ai lettori nell'ottica del web partecipativo (o web 2.0), con possibilità di social rating, social tagging, commento ed interazione con i principali social network.
Del progetto fanno parte i Quaderni, prodotti editoriali monotematici mirati ad approfondire i temi cardine dei processi di modernizzazione della PA.
http://saperi.forumpa.it/

Sulla necessità di valutare l'operato di manager e Aziende della sanità pubblica si nutrono pochi dubbi. Ma se c'è già chi si è messo al lavoro, abbiamo ancora chi stenta a munirsi di sistemi di valutazione, confermando, anche in questo campo, l'immagine di un'Italia divisa in due. A Regioni apripista (nel Nord e nel Centro del Paese), che hanno messo a punto sistemi di valutazione delle performance e della soddisfazione del cittadino, si contrappongono Regioni che sembrano essere rimaste indietro, a parte eccezioni costituite da progetti pilota.
Il Quaderno, raccogliendo le testimonianze dei percorsi effettuati da regioni con collaudati sistemi di valutazione e il contributo dell'Agenzia nazionale per i servizi regionali (Agenas), intende suggerire una riflessione sull'importanza della condivisione di criteri e indicatori (salvaguardando l'autonomia nella scelta degli strumenti valutativi) e sull'utilità del confronto per la diffusione delle esperienze più avanzate nel resto della Penisola.

La redazione del quaderno è stata curata da Carla Collicelli, vice Direttore Generale del CENSIS, con il contributo di Antonio Veraldi, Direttore area Regioni e Sanità di FORUM PA