



SABINA NUTI

LE MISURE DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE

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

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

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





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

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

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

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





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

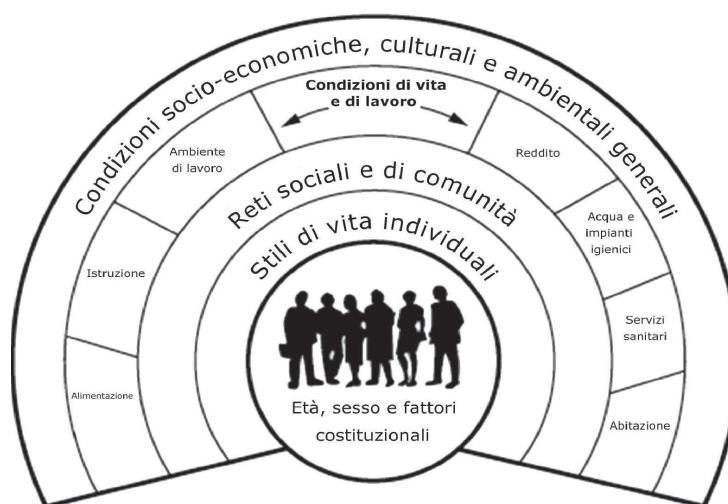


FIG.1. Stili di vita e determinanti dello stato di salute

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

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





1. Misure di output e di outcome

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

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

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

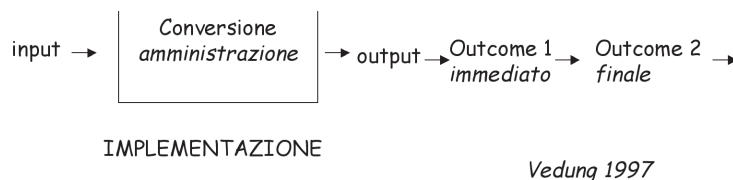


FIG. 2. Il processo amministrativo pubblico per la produzione degli outcome

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





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

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



2. *Misure oggettive e soggettive*



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





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

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

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

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





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

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

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

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





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

3. Misure sistematiche e «ad hoc»

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

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

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



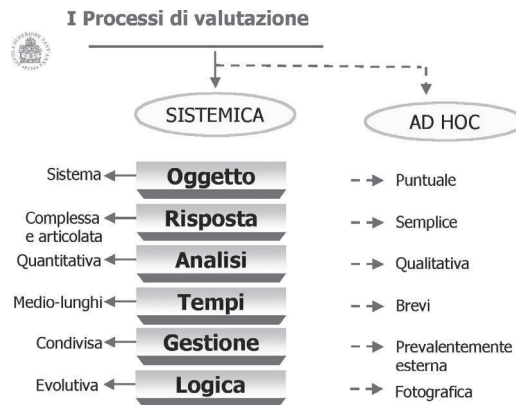


FIG. 3. processi di valutazione «ad hoc»

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

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

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





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

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

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





- le *interviste strutturate*, ossia indagini qualitative realizzate mediante interviste di profondità all'utente/paziente seguendo una traccia predefinita.

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

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

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

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

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





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

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

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

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

4. *Misure specifiche e a confronto.*

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

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

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





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

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

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

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

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





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

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

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

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

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

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

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

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





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

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

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

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

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





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

vantaggi

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

svantaggi

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

FIG. 4. Vantaggi e svantaggi del benchmarking





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

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





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

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

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





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

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

