

CAPITOLO 6
LE PROSPETTIVE DELLA VALUTAZIONE
DELLA PERFORMANCE:
LE SFIDE PER LA SANITÀ PUBBLICA

*Sabina Nuti**

6.1. *Premessa*

Le imprese sono le prime che hanno affrontato sistematicamente il tema della valutazione della performance in modo ampio, sperimentando nel tempo diversi sistemi e metodologie (Baraldi 2000). Fin dalla metà degli anni '80 le imprese hanno avvertito chiaramente tutti i limiti dei sistemi di valutazione tradizionali focalizzati sulla dinamica economico finanziaria aziendale, ben capaci di misurare il “profitto”, quale differenza tra ricavi e costi, ma assai meno in grado di indicare le determinanti del risultato economico (Kaplan, 1984; Lynch e Cross, 1991; Nanni et al., 1992).

Non vi è dubbio che già la misura del risultato economico per un'azienda che opera sul mercato rappresenta un indicatore significativo della performance nella misura in cui sintetizza da un lato, mediante la misura dei ricavi, la capacità aziendale, con i propri prodotti, di rispondere ai bisogni dei clienti, dall'altro di offrire beni e servizi a costi più bassi rispetto al valore delle vendite.

Il risultato economico quindi misura sia l'efficacia intesa come la capacità di soddisfare i propri clienti e di vendere con determinate condizioni di scambio in termini di prezzo, di quantità e di specificità del prodotto, sia l'efficienza, intesa come capacità di minimizzare il consumo di risorse e dei costi rispetto agli output prodotti.

La gestione della dinamica economico finanziaria e la misurazione del risultato sono stati di fatto gli strumenti guida fonda-

* Sabina Nuti, Direttore del Laboratorio Management e Sanità, è Professore associato di Economia e gestione delle imprese della Scuola Superiore Sant'Anna.

mentali per le organizzazioni aziendali, sia del settore manifatturiero che in quello dei servizi. Tali strumenti sono stati utilizzati anche all'interno delle organizzazioni stesse, individuando, mediante l'adozione del sistema di budget, specifiche responsabilità di natura economico finanziaria per ciascuna unità organizzativa aziendale e definendo quindi un ruolo nel conseguimento del risultato complessivo aziendale.

Tali meccanismi di programmazione e controllo basati sulla dinamica economico finanziaria sono stati messi in discussione nelle aziende intorno alla metà degli anni '80 del secolo passato. Gli aspetti di maggiore criticità riscontrati in questi strumenti incentrati sulla componente economico-finanziaria si riferiscono in primo luogo all'assenza di attenzione ai fenomeni di natura non contabile (Bruns, 1998), quali per esempio la qualità dei processi e dei prodotti realizzati, che sfuggono al risultato di bilancio, sfuggono alla logica del profitto misurato nel breve periodo, ma possono essere i fattori determinanti per la redditività di lungo periodo¹ (Vedung, 1997; Reborà, 1999).

Un secondo limite dei sistemi tradizionali di controllo è che non misurano l'impatto della gestione per processi sul risultato conseguito (Lynch e Cross, 1992). Questo aspetto risulta assai critico nelle aziende di servizi e in particolare in sanità (Casati, 1999; Lega, 2001; Nuti, 2004). Anche quando le aziende sanitarie utilizzano il budget e hanno i loro costi articolati per unità organizzative, ancora non hanno evidenze relativamente alle capacità di ogni unità organizzativa di lavorare in squadra, e, in sanità, se ciascuna è in grado di operare considerando il percorso assistenziale del paziente. Tutto questo non emerge dall'analisi di bilancio come d'altronde nemmeno tutto ciò che avviene oltre le mura aziendali. Il risultato aziendale infatti, misurato

¹ È possibile infatti che un'azienda possa avere un risultato economico positivo perché i suoi ricavi sono stati ancora in misura più che soddisfacente ma che, a causa della scarsa qualità dei beni venduti, questa condizione sarà difficilmente ripetibile nel medio periodo a causa dell'insoddisfazione dei bisogni dei clienti che difficilmente ripeteranno l'acquisto dei beni alle medesime condizioni. Il risultato economico di breve può essere positivo ma l'azienda è già in condizioni di elevata criticità.

negli anni, evidenzia la capacità di miglioramento incrementale, ma non permette di vedere come si sono mossi e cosa hanno ottenuto le aziende concorrenti. Anche un buon risultato economico d'esercizio potrebbe essere assolutamente inadeguato se i concorrenti, nello stesso periodo amministrativo, sono riusciti ad ottenere risultati assai più positivi.

Infine il sistema di budget basato solo sulle misure economiche finanziarie rappresenta spesso uno strumento utilizzato nelle organizzazioni aziendali più per supportare la gestione del potere che per orientare l'azione e i comportamenti. È uno strumento nelle mani della direzione aziendale, che adotta un linguaggio amministrativo noto solo a pochi, utilizzato con una prospettiva "top down", in cui ogni responsabile vede le informazioni relative all'andamento della propria unità, lasciando solo alla direzione la visione d'insieme (Baraldi, 2000).

La letteratura scientifica dell'ultimo ventennio evidenzia in molti articoli che i sistemi di misurazione utilizzati dalle aziende baricentrate solo sulla componente economico-finanziaria hanno misurato troppe cose e, ciò che è più grave, le cose sbagliate, ossia si sono focalizzati su fattori che non servono a capire quali sono le determinanti che permettono di perseguire il successo aziendale (Atkinson et al., 1997).

Il dilemma che molte imprese hanno affrontato, soprattutto in presenza di situazioni di crisi di sostenibilità economica, riguarda infatti quale strada queste potevano percorrere per uscire dalla fase di criticità e su quali informazioni basare il processo decisionale in merito.

Le opzioni tipicamente praticabili per le imprese in tali circostanze sono due: l'intervento diretto alla riduzione dei costi (il taglio indiscriminato delle risorse), o, più correttamente, affrontare un lavoro di analisi approfondito per individuare le determinanti dei risultati.

Il taglio indiscriminato delle risorse (riduzione di una percentuale su tutte le voci di costo) è un approccio seguito spesso anche in Italia nell'ambito della sanità pubblica. È una modalità deleteria per affrontare la problematica della sostenibilità eco-

nomica perché rischia, nella sua genericità, di incidere negativamente su tutto e di impedire di fare bene anche le cose che sapevamo fare bene. La domanda quindi è come fare ad agire sulle determinati dei risultati? Quali fattori misurare e monitorare per orientare le azioni al fine di correggere gli errori ma anche potenziare i punti di forza dell'organizzazione?

La bibliografia scientifica, le esperienze delle migliori organizzazioni, partendo dall'ambito privatistico, ma presenti anche nel contesto pubblico, consigliano di introdurre nella gestione sistemi di valutazione legati alla strategia aziendale (Kaplan e Norton, 1992 e 1996; Neely).

Si tratta di sistemi di misurazione focalizzati sugli aspetti che possono "fare la differenza", ossia determinanti per il successo competitivo.

Se pensiamo alle strategie adottate dalle aziende nel contesto privatistico del settore manifatturiero, ma anche nei servizi, i due percorsi strategici che normalmente le aziende perseguono sono o quello della riduzione dei costi attraverso strategie che puntano a conseguire economie di scala e di esperienza al fine di essere vincenti sul mercato in termini di efficienza (il miglior prodotto al minor prezzo), cercando una leadership soprattutto sui prezzi, oppure puntano sulla differenziazione, cercando di offrire un prodotto capace di rispondere alle esigenze individuali del cliente a cui si rivolgono (Porter, 1980). Quindi mediante un percorso di personalizzazione dei loro prodotti e dei loro servizi.

Queste sono le due strategie alternative che normalmente le aziende cercano di adottare per garantirsi un vantaggio competitivo e per resistere sul mercato.

In linea con questi due diversi filoni strategici le aziende si dotano di strumenti di governance e di valutazione: da un lato strumenti di misurazione che tendono a monitorare e misurare la capacità di operare con elevati standard di efficienza, in particolare in tutte le aziende che puntano ad offrire prodotti sostenendo il minimo costo per vendere al minor prezzo, oppure strumenti tesi a monitorare la qualità dei beni e servizi offerti, intesa come capacità di rispondere ai bisogni specifici del clien-

te nel caso di aziende che si muovono su percorsi di differenziazione e quindi di personalizzazione dei propri servizi.

Queste due strategie alternative e i relativi meccanismi di governance e di valutazione si riscontrano anche nel contesto sanitario? Per le aziende sanitarie i termini della questione sono gli stessi? E sono gli stessi anche per i sistemi sanitari, che includono più aziende con ruoli diversi, in alcuni casi a rete, altri addirittura in competizione tra loro?

Il contesto sanitario in realtà è uno dei pochi ambiti, insieme all'istruzione, in cui il successo dipende dalla capacità di integrare queste due strategie, normalmente alternative negli altri settori. Non vi è servizio sanitario che riesce a essere valido se non è tagliato su misura sui bisogni del singolo paziente. L'offerta non può essere standardizzata, perché ogni utente ha le sue caratteristiche, le sue specificità. E al tempo stesso dobbiamo continuamente individuare tutte le modalità che permettono un utilizzo ottimale delle risorse che abbiamo a disposizione al fine di garantire la sostenibilità economica. Questa obbligata combinazione di strategie rende l'ambito sanitario davvero interessante e di particolare complessità e potrebbe trovare una sua esplicitazione nel concetto di appropriatezza clinica e organizzativa.

Il termine sottolinea la necessità di garantire all'utente un servizio tagliato su misura sul suo bisogno, "niente di più, ma neanche niente di meno" di quanto necessario per ottenere il miglior risultato in termini di salute. Un servizio è appropriato nel momento stesso in cui si riesce a offrire tutto ciò che le evidenze scientifiche indicano come necessario per ottenere il miglior risultato di outcome, ma anche niente di più, perché l'eccesso può essere addirittura nocivo per la sua salute. Quindi la migliore cura che possiamo offrire al nostro paziente (appropriatezza clinica), con il setting più adeguato per garantire il miglior utilizzo delle risorse disponibili (appropriatezza organizzativa).

Questa combinazione, che è propria della sanità pubblica, è un aspetto fondamentale da tener presente quando si affronta il tema relativo alla selezione degli aspetti importanti da misurare. Se, per garantire la sostenibilità economica del sistema, i sistemi

sanitari si orientano ad introdurre strategie secche di riduzione della spesa, sarà ben difficile ottenere contestualmente un incremento della qualità. In molti settori è impensabile aumentare la qualità dei prodotti senza un conseguente aumento delle risorse impiegate ma non abbiamo nessuna evidenza che questo avvenga in sanità.

È noto lo studio fatto da Jarman (2006) con i dati di *Medicare* del 2000, di 1739 ospedali, in cui sono stati confrontati i costi con i risultati di qualità espressi in termini di mortalità (Fig. 1).

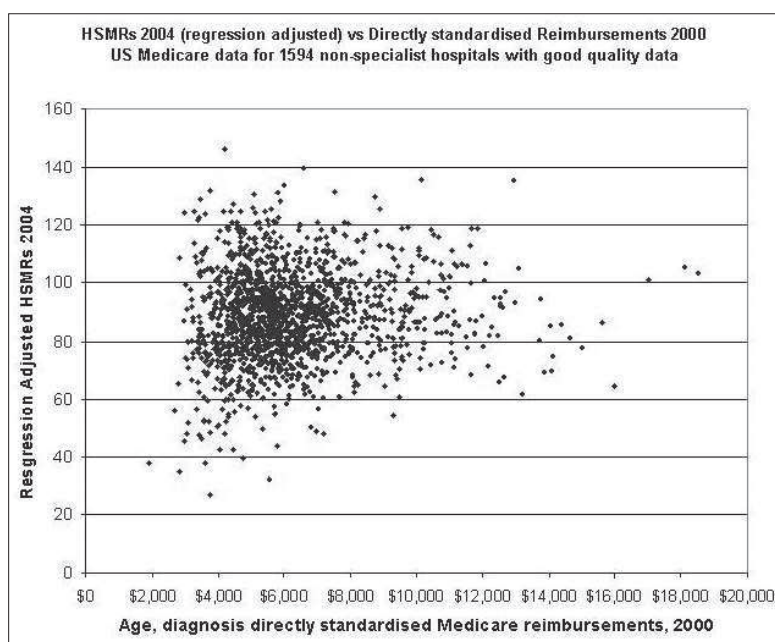


Fig. 1- Risultati dello studio americano sulla relazione fra rimborso e mortalità.
(Fonte: Jarman 2006)

Questo confronto tra la mortalità e il costo, dopo un adeguato processo di risk adjustment, evidenzia che non esiste una correlazione tra la mortalità e il costo.

Questa stessa analisi è stata realizzata in Olanda riportando dati analoghi. In tale realtà è stato addirittura calcolato che il 25% della spesa sanitaria nazionale è dovuta alla “non qualità” cioè a ricoveri ripetuti e re-ricoveri per complicanze, a degenze più lunghe per le piaghe da decubito, a ospedalizzazione non appropriata per patologie croniche che dovrebbero essere curate in altri servizi, e così via (Berg et al., 2005).

Questo dimostra che in sanità il miglioramento della qualità permette addirittura di ottenere un contenimento dei costi e, conseguentemente, i sistemi di governance e di valutazione orientati al presidio della qualità dei servizi erogati e alla loro appropriatezza, permettono di governare la sostenibilità stessa del sistema.

Questa ipotesi è confermata dai dati del 2007 della Regione Toscana. Nel sistema di valutazione della performance adottato sono monitorati 130 indicatori di performance e si evidenzia una correlazione statisticamente significativa fra la percentuale di buone performance sul totale degli indicatori e il costo pro-capite pesato con i criteri del piano sanitario regionale (in buona misura l'anzianità della popolazione) (Fig. 2).

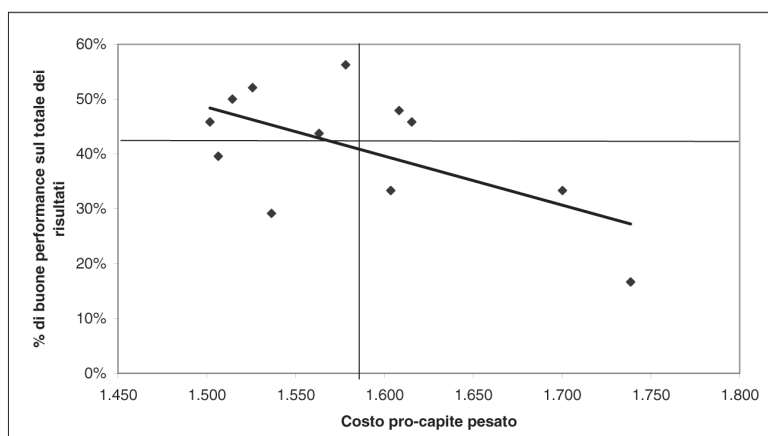


Fig. 2 - Relazione fra costo pro-capite e percentuale di buone performance sul totale dei risultati del sistema di valutazione della performance toscano.

Questa consapevolezza ha profondamente modificato le modalità di ragionamento tra gli interlocutori del sistema. Non è più sostenibile richiedere maggiori risorse per migliorare i risultati aziendali ma devono essere discusse le modalità con cui si possono riallocare le risorse per permettere al sistema aziendale di ottenere migliori risultati in termini di qualità.

In questa nuova prospettiva, il punto fondamentale è che le regioni, i sistemi sanitari regionali, si dotino di un sistema di valutazione che focalizzi la propria azione sull'obiettivo principale, ossia il miglioramento della salute dei cittadini. Questo si consegue mediante strategie di qualità e di appropriatezza che, in seconda battuta, permettono anche di garantire la sostenibilità economica.

6.2. *Le caratteristiche del sistema di valutazione in sanità*

Per progettare e successivamente implementare un sistema di valutazione con la finalità del miglioramento della salute dei cittadini, la prima caratteristica da considerare è la *multidimensionalità*.

Perché? La sanità è certamente uno dei settori più complessi, la sua valutazione non può essere ridotta a qualche specifica dimensione, a qualche solitario indicatore, ma necessita, per essere compreso e governato, di una ricchezza di prospettive sia perché i portatori di interesse sono diversi, sia perché diverse sono proprio le dimensioni di analisi dei risultati (Niven, 2003; Baraldi, 2005).

Quindi multidimensionalità intesa come possibilità di leggere i fenomeni analizzati mediante più prospettive (Fig. 3), in base agli occhi dei diversi portatori di interesse (Atkinson et al., 1997) e secondo diverse dimensioni di analisi.

Seconda caratteristica da considerare è la *misurabilità* dei risultati. Questo è un punto fondamentale. Affrontare il tema della misurazione in Italia è assai diverso che nei paesi anglosassoni, per esempio Inghilterra o Canada, dove esiste una cultura

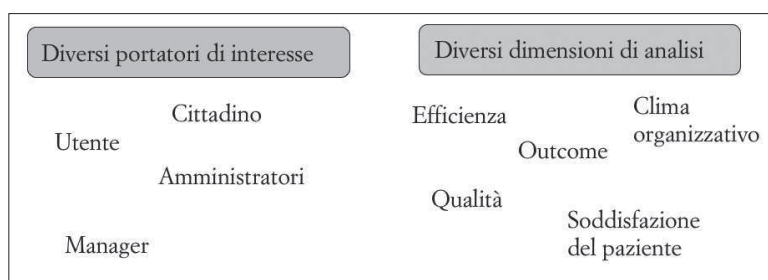


Fig. 3 - Le possibili dimensioni di analisi.

solida della misurazione ed è già consolidata l'abitudine a contabilizzare i fenomeni rilevanti. In Italia le istituzioni pubbliche faticano a ragionare sui numeri, ed a considerarli un supporto ai processi decisionali.

Si tratta di attivare un vero e proprio cambiamento culturale. A noi non manca la creatività e la capacità progettuale: molti sono i piani e le iniziative avviate poche le verifiche attuate e quasi nessuna supportata dai numeri. La sfida è di acquisire anche per il settore pubblico la capacità sistematica di realizzare scelte basate sulle evidenze.

I professionisti sanitari ormai lo hanno imparato e sempre più si orientano verso una medicina basata sull'evidenze: la stessa cosa si dovrebbe fare anche per il management, anche per la gestione. Troppo spesso, soprattutto nella pubblica amministrazione, si prendono decisioni sulla base del buonsenso, pur avendo la possibilità di avere dei numeri. Certo, poi ci sarà il livello politico delle scelte, però è cosa differente scegliere dopo avere cognizione del fenomeno in termini quantitativi rispetto a scegliere assolutamente senza nessun riferimento quantitativo alle spalle.

La misurabilità dei risultati permette inoltre ai soggetti, sia con ruoli tecnici che politici, una maggiore assunzione di responsabilità nei confronti della collettività. I numeri infatti ci servono per analizzare e per capire, e spesso ne abbiamo fin troppi nelle nostre organizzazioni. Vi sono le evidenze, si conoscono e si misurano i fenomeni; ma il problema è passare dalla

misurazione alla valutazione, per giudicare e responsabilizzare sui risultati. Questo è un passaggio ancora molto faticoso nelle organizzazioni pubbliche. Si conosce per esempio che nel sistema vi sono problemi di equità di accesso, che vi sono sacche di inefficienza, che vi sono palesi fenomeni di inappropriata già misurati con accuratezza, ma si collega con difficoltà queste realtà agli ambiti di responsabilità degli operatori. La valutazione dei risultati può essere una grossa opportunità per il servizio pubblico sia per responsabilizzare sui risultati, sia per avere un supporto decisionale per allocare e spostare le risorse sulla base delle evidenze.

In molte realtà pubbliche che erogano servizi il ragionamento in fase di budget è sempre orientato alla richiesta di risorse aggiuntive e certamente si afferma sistematicamente che, con quelle assegnate, “non si può far di più, vi è bisogno di più risorse, di più non si può fare.” E il ragionamento su dove si potrebbe togliere risorse per allocarle dove servono di più è un ragionamento assolutamente raro nelle negoziazioni.

Non si osa spostare niente; si aggiunge ma non si sposta. Ri-allocare risorse vuol dire attivare dei processi di cambiamento che possono mettere in crisi la situazione di organizzazione del potere e così via. I numeri invece possono dare quella sufficiente forza a chi deve assumere delle decisioni, necessaria per attivare i processi di riallocazione delle risorse (Nuti et al., 2008a).

Se non si è in grado di riallocare non sarà possibile mantenere la sostenibilità del sistema sanitario pubblico ma nemmeno adattarlo ai mutamenti in atto nei bisogni dei cittadini.

La terza caratteristica del sistema di valutazione è la *trasparenza*.

Per rispondere alla missione del sistema pubblico è necessaria una gestione responsabile e trasparente. Non si possono utilizzare risorse superiori rispetto a quelle che la collettività mette nelle mani degli amministratori pubblici e queste risorse devono essere allocate non in base alla sensibilità del singolo operatore, che in quel momento si trova nella posizione di decidere, ma secondo un processo trasparente di assunzione di decisioni

basate sulle evidenze. Se si investono risorse per aprire i servizi per gli anziani, o per i malati cronici, o ancora per migliorare il percorso oncologico, vi sono numeri ed evidenze che confermino il grado di priorità? Queste scelte rispondono alle esigenze degli utenti? O è il frutto della sensibilità dell'operatore che in quel momento ha pensato che fosse una buona idea? Certamente da un certo livello in poi la decisione è di natura politica, ma deve essere reso trasparente il processo attraverso cui si giunge alla decisione. L'amministratore pubblico deve assumersi la responsabilità di aver fatto tale scelta di allocazione delle risorse disponibili.

Un altro elemento fondamentale del sistema di valutazione è il *confronto sistematico*. Il fulcro del ragionamento nel contesto della sanità pubblica non è "mercato sì, mercato no, oppure di competizione versus collaborazione".

Il punto vero è che laddove i servizi pubblici non operano nel mercato, ma in situazione di monopolio o quasi monopolio, il confronto, il benchmarking è assolutamente fondamentale (Banchieri et al., 2005; Barretta e Vagnoni, 2005; Nuti, 2008). Perché? Perché obbliga le istituzioni pubbliche a mettersi in gioco e a valutarsi nel confronto, non tanto con una logica punitiva nei confronti di quelli che sono in fondo al ranking, ma con la prospettiva d'imparare da chi fa meglio. Di questo il sistema sanitario nazionale ha proprio bisogno, soprattutto in questo periodo dove il pubblico è sotto tiro. Molti cittadini hanno la percezione che nel pubblico si spreca, che non si lavori con la migliore capacità di risposta. Allora, il benchmarking, che soprattutto in ambito sanitario, opera facendo leva sulla reputazione dei professionisti, è uno strumento vincente ed estremamente forte, poderoso, che permette di cambiare, rinnovare per migliorare la qualità.

Nella Fig. 4 vi sono gli indicatori adottati della Toscana nel 2008: le colonne misurano la deviazione standard rispetto alla media regionale.

Appare chiaro che nella maggior parte degli indicatori la variabilità tra le nostre aziende, in un contesto tendenzialmente

Fig. 4 - Deviazione standard degli indicatori delle Aziende USL. Anno 2008

omogeneo quale quello della nostra regione, in realtà abbiamo una variabilità che spesso raggiunge il 30% o oltre della performance. Quando la variabilità è così alta vi sono enormi spazi di miglioramento. Significa che non è vero che siamo al massimo, che abbiamo fatto tutto quel che era possibile fare, ma evidenzia che nella provincia accanto si riesce a ottenere un risultato del 20-30% più elevato ed esiste un cammino da percorrere per il miglioramento (si veda a questo proposito il lavoro che sta svolgendo NHS Institute for Innovation and Improvement per stimolare il miglioramento della performance attraverso l'analisi della variabilità <http://www.productivity.nhs.uk/>).

Un ultimo punto è la *condivisione* come condizione “sine qua non”. Le organizzazioni sanitarie pubbliche sono sistemi complessi con gerarchie duali, dove esiste una linea di tipo gestionale e una gerarchia di tipo professionale. La presenza duplice di queste gerarchie comporta che i livelli complessivi di professionalità sono sicuramente più elevati rispetto ad altre tipologie di istituzioni ma anche che il coinvolgimento dei professionisti nel sistema di governance e di valutazione è una *conditio sine qua non* per il successo del sistema. Tutte le componenti sono chiamate a dare il loro contributo e i professionisti devono condivi-

dere le regole del gioco, devono condividere i criteri con cui saranno valutati, perché altrimenti non lavoreranno per poter cambiare i comportamenti e per migliorare i risultati (Abernethy e Stoelwinder, 1995). Quindi, condivisione dei criteri, valutazione dei risultati, attivazione dei processi di apprendimento per modificare i comportamenti. Un sistema di valutazione infatti funziona nella misura in cui è in grado di incidere e modificare i comportamenti.

La condivisione deve essere raggiunta prima di avere le misure in mano, altrimenti potranno attivarsi resistenze dovute alla conoscenza del proprio posizionamento nella valutazione dei risultati conseguiti.

6.3. Le trappole da evitare

Per avere sistemi di valutazione dei risultati capaci di “funzionare” davvero ci sono alcune trappole da evitare. La prima è la numerosità degli indicatori. Molto spesso si parte con pochi numeri e si finisce con una montagna di misure. Si costruiscono batterie enormi di indicatori aggiungendo numeri a numeri con un processo che potrebbe non finire mai, portando così alla difficoltà di capire dove porre attenzione (Simon, 1971).

La sanità è talmente complessa che si potrebbero individuare benissimo migliaia di indicatori e non essere ancora soddisfatti ma certamente rimanere senza “focus”, ossia senza la capacità di capire se ciò che è veramente importante, ciò che può fare la differenza per la salute dei cittadini, è stato misurato e conseguito.

Un'altra trappola abbastanza frequente in sanità è prediligere la precisione a scapito della tempestività. Il dato non appare mai sufficientemente completo, si ha paura di dover successivamente correggere il tiro e quindi si preferisce avere tutte le possibili assicurazioni del caso prima di pubblicare le informazioni a scapito della tempestività degli interventi di revisione della strategia adottata. Questo è un aspetto veramente critico. Le informa-

zioni di cui i cittadini e gli amministratori pubblici dispongono a livello nazionale sono vecchi, inutili per impostare le strategie future. Siamo nel 2009 e molti dei dati di cui si dispone a livello nazionale risalgono al 2006 se non addirittura al 2005. Non servono ad orientare la gestione. Ogni interlocutore può considerarli superficialmente contando su un cambiamento della situazione che forse nel frattempo nemmeno si è effettivamente modificata ma che la mancanza di dati rende credibile.

Allora è meglio il dato più tempestivo e meno preciso. Il sistema imparerà a renderlo preciso nel tempo, mediante l'utilizzo sistematico.

Un'altra possibile criticità è la carenza di incisività, dovuta spesso, pur in presenza di misurazioni corrette, all'assenza della fase valutativa vera e propria. Nel momento stesso in cui si valuta un fenomeno, ci si assume precise responsabilità in quanto si definisce ciò che è accettabile e che cosa non è accettabile. Se infatti si misura un fenomeno ma non si definisce chiaramente gli ambiti in cui si ritiene adeguato il risultato, soddisfacente o, al contrario, insoddisfacente, questa misurazione risulta scarsamente incisiva nella gestione. Il messaggio non arriva fino in fondo, permette ancora ambiti di vaghezza che facilitano la creazione di alibi e possibili fraintendimenti di linguaggio.

Un'altra trappola da evitare è il *gaming*, ossia la manipolazione dei dati (Bevan e Hood, 2006a; Bevan e Hood, 2006b) al fine di ottenere una performance più elevata. Come si fa a evitare? Certamente è importante operare sui processi di controllo dei flussi informativi, lasciando a un soggetto terzo il compito dell'elaborazione dei dati, ma soprattutto il fenomeno si combatte mediante la sistematica pubblicazione dei dati. Rendere noti i risultati permette di attivare un controllo non tanto dal pubblico ma dalla comunità dei professionisti di appartenenza innescando il meccanismo del "controllo sociale" tipico del clan (Ouchi, 1979). Questi sono i veri controllori dei dati, capaci di individuare facilmente se un buon risultato si basa su elevata professionalità e capacità dell'organizzazione. L'esperienza della Regione Toscana in merito è significativa: i pochissimi casi in

cui sono stati registrate performance a rischio di inattendibilità sono stati gli stessi responsabili delle unità a cui questi si riferivano a chiedere di sospendere la valutazione a meno che questa non corrispondesse a un effettivo processo di profonda riorganizzazione e cambiamento (Nutti et al., 2008b). Non è facile infatti sostenere tra pari interventi che nella realtà non sono stati fatti o risultati non raggiunti, soprattutto in termini gestionali. La reputazione rimane il tesoro di maggiore rilevanza per i professionisti sanitari.

Ancora un'ulteriore trappola per la valutazione è l'adozione di metodologie non rigorose che rendono poco credibili i dati prodotti. Soprattutto se i parametri sono calcolati in benchmarking, per garantire la confrontabilità dei risultati è fondamentale che siano adottati gli stessi criteri e le medesime metodologie. Il tema si pone in particolare per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti dei servizi sanitari. In molte realtà queste indagini già da tempo sono realizzate ma troppo spesso si tratta di questionari "home made", senza validazione scientifica e utilizzati senza attenzione alle modalità di somministrazione, che possono completamente invalidare lo strumento. Per esempio il questionario proposto al paziente direttamente dalla capo sala in reparto durante il ricovero: come pensare che il paziente non sia psicologicamente condizionato dalla presenza dell'operatore sanitario, dal luogo e dalla sua situazione di salute?

Un ultimo punto da evitare è la *complessità* della rappresentazione della *reportistica* e del linguaggio. Il vizio degli addetti ai lavori è di fare le cose troppo complicate; troppo complicate per facilitare la condivisione dello strumento che deve essere capito e per questo deve essere molto semplice (Aidemark, 2001). E più è semplice, più è di successo.

Molte aziende hanno implementato dei sistemi molto sofisticati di *balanced scorecard* costruiti con grande accuratezza, ma spesso inutilizzabili come sistemi di linguaggio interno all'organizzazione perché troppo complicati. Sistemi di *balanced scorecard* necessitano di anni per progettarli e anni per implementarli e alimentarli con i dati ma rischiano, se troppo complessi nella

reportistica, di non essere utilizzati quali supporto corrente ai processi decisionali gestionali (Busco et al., 2007).

6.4. *Le resistenze alla valutazione*

Le resistenze alla valutazione sono presenti in tutti i contesti ed anche dove la cultura organizzativa si è modificata accettando la valutazione come un meccanismo permanente di apprendimento. Le resistenze permangono, sono inevitabili. Per essere superate hanno bisogno di grande coerenza politica e di continuità. Anche quando sembrano debellate le resistenze ciclicamente si ripresentano perché fanno parte della difficoltà umana a mettersi in discussione, ad accettare un riscontro sul proprio operato che non sempre rende giustizia dello sforzo ed impegno sostenuto. La vignetta di Sally (Fig. 5) che ha preso una nota negativa nel suo compito e che ricerca una serie di giustificazioni, tutte plausibili, per evitare di affrontare il problema dello scarso risultato conseguito è assai esemplificativa dei processi che spesso avvengono nelle organizzazioni pubbliche sanitarie.

6.5. *Le prospettive future emerse dalla ricerca sullo sviluppo dei sistemi di valutazione della performance dei servizi sanitari dei SSR/P.*

Dai risultati della ricerca emerge un'apertura dei sistemi sanitari locali al confronto come strumento di miglioramento.

L'elevata adesione delle regioni e province autonome al progetto di ricerca è un primo indicatore che mostra la volontà delle regioni e province autonome di "raccontarsi" e condividere le esperienze sugli strumenti di governo adottati. Su 21 sistemi sanitari locali infatti hanno partecipato 15 fra regioni e province, delle restanti regioni, si ricorda che molte regioni non hanno aderito in quanto attraversavano una fase di transizione da una assessore ad un altro o perché coinvolte da vicende giudiziarie.

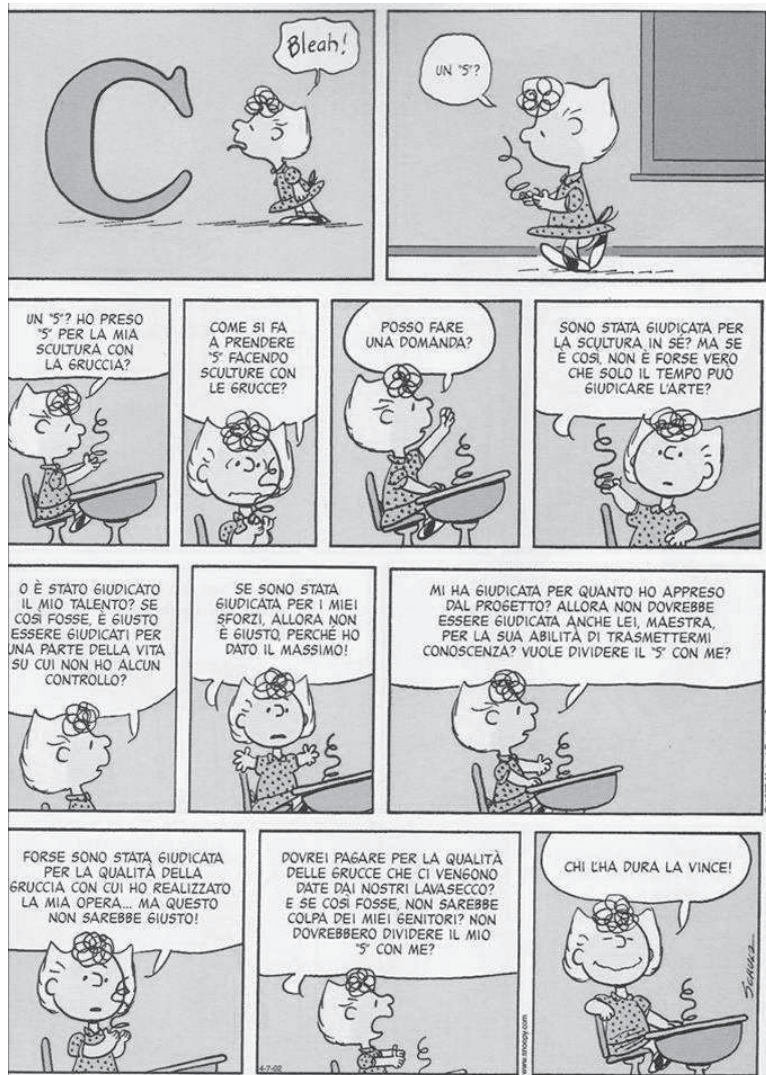


Fig. 5 - La resistenza alla valutazione nelle strisce dei Peanuts.

Come si evince dalle dichiarazioni degli intervistati riportate nel capitolo 3, quasi tutte le regioni e le province autonome sono favorevoli all'attivazione di processi di benchmarking, non solo interni al proprio sistema, ma anche o soprattutto sono favorevoli ad un confronto che vada oltre i propri confini regionali o provinciali. A questo proposito si ricorda la posizione di Trento e Bolzano quasi "obbligate" a confrontarsi con altri sistemi per l'assetto organizzativo monoaziendale e la posizione dell'Umbria che ritiene più facile confrontarsi con realtà esterne piuttosto che "in casa".

L'integrazione fra sistemi di misurazione e valutazione con i sistemi di incentivazione e con l'istituto dell'accreditamento è sicuramente uno dei punti critici della maggior parte dei sistemi sanitari locali. Se molte regioni e province hanno integrato (seppur con sfumature differenti) il sistema premiante ed il sistema di misurazione e valutazione, ancora molta è la strada da percorrere per l'integrazione dell'accreditamento con gli altri strumenti di governo del sistema.

Nonostante i diversi punti di partenza delle regioni e delle province nello sviluppo di sistemi di misurazione e valutazione più o meno avanzati, ci sono posizioni comuni sulle seguenti caratteristiche dei sistemi ideali come la multidimensionalità; la cadenza del monitoraggio e della valutazione; l'integrazione con i sistemi di incentivazione, programmazione e gli altri strumenti di governo; il benchmarking con realtà omogenee, la diffusione dei risultati fino al cittadino ed il conduttore del processo di valutazione.

Sebbene sia ormai cultura comune quella di far riferimento a indicatori e dimensioni molteplici, ancora carente è la capacità di leggere a sistema le informazioni che ne provengono. Le numerose informazioni prodotte dai sistemi di misurazione rendono difficile la focalizzazione dell'attenzione dei decisori politici e dei manager sugli aspetti meritevoli di interesse. Inoltre, a parere di chi scrive, questo è anche dovuto alla propensione verso l'utilizzo di strumenti di governo che descrivono ma non valutano.

Tuttavia se a livello macro le regioni e le province autonome

monitorano dimensioni comuni, a livello micro (indicatori) si riscontrano numerose differenze.

Come emerge dai capitoli 4 e 5, ad esempio, tutti dichiarano di monitorare l'assistenza farmaceutica e nonostante a livello nazionale il rapporto OsMed riporti numerosi indicatori e dia la possibilità di effettuare dei confronti a livello regionale sia relativi alla spesa che all'appropriatezza, ancora poche sono le regioni che integrano indicatori relativi alla spesa con altre tipologie di indicatori per un pieno governo dell'assistenza farmaceutica.

La situazione è ancora più critica sulla rilevazione dell'equità del sistema sanitario. Sebbene l'equità sia uno dei principi fondanti i sistemi sanitari pubblici a cui alcuni organismi internazionali (OMS e HSURC del Canada) dedicano una dimensione apposita, e sia richiamata da molti PSR come obiettivo di sistema, difficilmente vengono dedicati strumenti di misurazione sistematici. Questo tema viene affrontato in modo sporadico ed occasionale attraverso progetti ad hoc.

Su questi due aspetti (equità ed assistenza farmaceutica) ci sono regioni con esperienze sviluppate quasi a livello "pionieristico". Percorsi di benchmarking e condivisione di esperienze potrebbero agevolare l'innovazione ed il miglioramento di altre che hanno appena iniziato.

Guardando le definizioni date ai sistemi di valutazione e le caratteristiche citate come distintive di un buon sistema di valutazione emergono delle posizioni differenziate: le regioni che hanno recentemente avviato sistemi di misurazione e valutazione della performance dei servizi sanitari, evidenziano come fattori critici di successo degli strumenti di governo, la vicinanza gestionale (Puglia), gli aspetti relazionali (Basilicata e Sardegna) o proprio fattori culturali (Sicilia). Le regioni che invece hanno avviato da tempo un percorso sistematico di misurazione e valutazione sottolineano la necessità di sviluppare sistemi informativi più raffinati che forniscano in modo semplice un quadro di sintesi dell'andamento del sistema.

Dalla discussione del workshop è emerso in modo evidente la necessità di colmare il gap fra la realtà e la richiesta di un coor-

dinamento relativo allo scambio di esperienze citato dal patto di stabilità di settembre 2006; un confronto sulle caratteristiche dei sistemi di misurazione, le tecniche utilizzate ed anche i risultati di performance può da un lato sostenere le regioni “fragili” nella costruzione di strumenti di controllo più incisivi e dall’altro stimolare il miglioramento delle regioni/province con sistemi già consolidati.

Se da un lato la diversità del punto di partenza e del contesto possono ostacolare la confrontabilità dei sistemi sanitari locali, dall’altro lato è proprio la diversità delle caratteristiche degli strumenti adottati dai SSR/P che costituisce la ricchezza del confronto. La variabilità è quindi l’elemento sulla base del quale sviluppare delle considerazioni, porsi le domande ed imparare dal vicino prevedendo però uno sviluppo ed un confronto su più livelli o su più stadi seguendo una sorta di percorso evolutivo basato sulle esperienze di quella o quelle regioni/province che hanno già battuto quella strada. Questo può valere sulle caratteristiche di alcuni strumenti (come ad esempio la possibilità di alcuni sistemi di avere un quadro di sintesi) così come sulle tecniche di rilevazione di alcuni aspetti (come ad esempio la qualità percepita, l’assistenza farmaceutica e l’equità).