

## PARTE I

# LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLE ZONE-DISTRETTO DEL SISTEMA SANITARIO TOSCANO

a cura di Sabina Nuti e Sara Barsanti

## 1. IL FABBISOGNO DI GOVERNANCE INTEGRATA DEI SISTEMI SOCIO SANITARI:

### DALLA PROGRAMMAZIONE ALLA VALUTAZIONE DI S. NUTI

È ormai condiviso che, per migliorare la salute ed il benessere dei cittadini, sia necessario, nei sistemi pubblici universalistici, offrire l'accesso e l'erogazione dei servizi garantendo un approccio integrato socio sanitario. È infatti dimostrato che i fattori della salute sono fortemente influenzati dai comportamenti adottati e dagli stili di vita e che questi, a loro volta, sono in buona misura dipendenti dal livello socio culturale (Marmot M., 2003). In termini di sostenibilità del sistema sociosanitario stesso è inoltre dimostrato che è più proficuo agire sugli aspetti sociali e di prevenzione che sulla fase acuta della malattia (Starfield B., 2003). Malgrado vi siano evidenze scientifiche certe su questo aspetto, le politiche sanitarie adottate dai governi regionali e nazionali ne tengono conto a fatica. Molti piani sanitari nazionali e regionali nella fase introduttiva dichiarano, tra i principi ispiratori dell'azione programmata, di voler perseguire il benessere socio sanitario della persona, inteso non solo come assenza di patologie ma come realizzazione equilibrata della persona in un contesto attento a tutti i fattori che possono influire sulla salute, anche di carattere non sanitario. Nonostante tali dichiarazioni, nei fatti e negli obiettivi specifici, sono pochi i sistemi che riescono effettivamente a coniugare la dimensione sociale con quella sanitaria e che sono capaci di orientare sistematicamente l'azione dei soggetti che operano nel sistema verso l'integrazione dei due aspetti per farne un unico, potente riferimento dei comportamenti adottati e delle attività svolte. Questa problematica è particolarmente presente in Italia anche a causa del diverso assetto istituzionale e della distribuzione delle competenze agli enti locali. In molti contesti regionali le competenze sono rimaste distinte ai diversi livelli, benché nella maggior parte dei casi il bisogno sociale tenda a sovrapporsi al bisogno sanitario, gli utenti in situazione di necessità in termini sociali siano anche affetti da patologie più o meno croniche e critiche e gli interventi richiesti su entrambi i fronti siano destinati agli stessi utenti.

Lo sviluppo del sistema di *welfare* italiano, infatti, ha storicamente privilegiato una corrispondenza diretta tra bisogno (o gruppi di bisogni) e titolarità della funzione pubblica preposta, allo scopo di favorire una divisione di ruolo tra diversi Enti assistenziali, nonché una progressiva specializzazione delle risposte. Così, mentre agli Enti territoriali competono normalmente diversi servizi pubblici locali (tra cui l'assistenza sociale), agli Enti sanitari l'assistenza medica, agli Enti previdenziali altri servizi ancora. Questo modello basato su una correlazione univoca tra bisogni e funzioni ha comportato nel tempo lo sviluppo di normative ad-hoc, flussi di finanziamento indipendenti, modalità di erogazione dei servizi eterogenee. Nel frattempo però i bisogni socio-sanitari dei cittadini si sono evoluti per effetto di diverse determinanti (es. invecchiamento, comportamenti e stili di vita, innovazione tecnologica, ecc.), con crescenti sovrapposizioni che rischiano di mettere sempre più in crisi una divisione rigida dei ruoli nelle fasi di programmazione, organizzazione e gestione di singoli servizi assistenziali. Malgrado il frastagliamento delle soluzioni istituzionali ed organizzative permane il fabbisogno, a tutti i livelli, di un sistema di governance integrato che permetta di valutare le azioni intraprese in termini congiunti.

Ma come orientare allora l'azione degli operatori in modo integrato? Come dotarsi di un sistema di governance capace di guidare l'azione in questi termini?

La Regione Toscana ha già intuito la necessità di tornare a far convergere i diversi interessi istituzionali, in particolare per quanto riguarda l'assistenza socio-sanitaria, avviando la sperimentazione delle Società della Salute, in via di consolidamento definitivo mediante la revisione della Legge 40. Nel nuovo scenario per gli Enti locali diviene dunque fondamentale poter interpretare le evoluzioni in corso, in particolare quelle concernenti il Servizio Sanitario Regionale, allo scopo di individuare sinergie istituzionali, nuove modalità di integrazione socio-sanitaria, utili a soddisfare la domanda dei cittadini garantendo al contempo un uso ottimale delle risorse pubbliche.

Come in altri contesti regionali, la sfida per il futuro risiede infatti nello sviluppo di un sistema di governance inter-istituzionale, in grado di far dialogare Enti locali, Enti sanitari ed assistenziali (terzo settore compreso). In particolare, il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 identifica la "sanità di iniziativa" quale metodologia di risposta ai principali bisogni a valenza territoriale, intesa come proposta di una sanità che non attende che il cittadino arrivi ai servizi, ma è capace di orientare l'attività verso chi «meno sa e meno può» e che per questo si trova a rischio continuo di caduta assistenziale e persino di non espressione del bisogno.

In questo senso si propone di adottare modelli d'intervento che superino il rischio di una distribuzione di «parti uguali tra disuguali» a favore di un approccio proattivo capace di fornire servizi diversi in base al bisogno. Questo tipo di approccio integrato per l'erogazione di servizi sociosanitari capaci di garantire una risposta adeguata, necessita di un sistema di governance multidimensionale e coerente, che rappresenti in primo luogo uno strumento di comunicazione e linguaggio comune dei soggetti coinvolti nel governo e nella gestione dei servizi socio sanitari.

Questo sistema di governance, oltre all'integrazione della componente sociale con quella sanitaria, deve garantire altri due aspetti essenziali:

- il collegamento sistematico tra programmazione e valutazione dei risultati: la Pubblica Amministrazione in Italia, soprattutto nel contesto dei servizi di pubblica utilità, è particolarmente ricca di esempi di pianificazione e programmazione delle attività ma assai carente in termini di verifica dei risultati conseguiti. L'orientamento alla programmazione è talmente forte che in molti contesti è frequente ripartire con un nuovo ciclo di programmazione delle azioni senza aver considerato alcun dato di verifica dell'andamento del ciclo precedente. L'enfasi infatti si focalizza molto di più sul processo politico di condivisione delle azioni programmate che sul giudizio dell'efficacia delle scelte adottate in passato e sulle relative responsabilità.

- la coerenza tra i diversi livelli di programmazione e di valutazione dei risultati tra i soggetti del sistema: Regione, Aziende, Zone-distretto e Società della Salute devono ritrovarsi negli specifici ambiti di responsabilità in un sistema di governance che in parte è comune ed in parte si articola in base alle specificità della realtà locale. Considerando il Piano Sanitario regionale le priorità strategiche di azione devono ritrovarsi anche a livello locale, pur con le dovute specificità.

Il sistema proposto in nessun modo pretende di essere esaustivo relativamente ai fabbisogni di governance e di valutazione dei risultati per le zone-distretto, ma si propone come un primo strumento sia per il management locale che per la regione, per valutare le differenze tra i territori ed individuare, attraverso il confronto, le aree di eccellenza e gli aspetti su cui è auspicabile intervenire per garantire un servizio adeguato ed equo ai cittadini.

Nei capitoli successivi si illustra la struttura del sistema, i prospetti di sintesi rappresentativi della valutazione per ciascuna zona distretto con i dati ad oggi disponibili, nonché le logiche con cui la valutazione dei risultati in termini gestionali possa integrarsi e supportare il processo di programmazione socio sanitaria locale per la predisposizione dei piani integrati di salute.

## 2. IL FORMAT PER LA PROGRAMMAZIONE DELLE ZONE-DISTRETTO DI M. CAMPEDELLI

Nel corso degli ultimi anni la Regione Toscana ha espresso un grande impegno nel processo di riorganizzazione del sistema di welfare regionale<sup>1</sup>. Riforma sanitaria, fondo per la non autosufficienza, politiche migratorie, livelli essenziali di cittadinanza, solo per citarne alcuni, sono i prodotti di un lavoro legislativo, amministrativo e partecipativo<sup>2</sup>, assolutamente rilevante e di tutto rispetto se confrontato con quello di altre regioni italiane. Si può affermare che essa, valorizzando il proprio patrimonio culturale, istituzionale e sociale, ha preso veramente sul serio i compiti e le responsabilità che la riforma del Titolo V della Costituzione le ha attribuito, sia per le materie concorrenti che per quelle residuali.

La **programmazione**, già pilastro del modo di realizzare il governo regionale, è stata ulteriormente rivisitata e aggiornata. In particolare, per quanto riguarda il welfare, essa indiscutibilmente è la chiave di volta per rendere coerenti, sia verticalmente (*top down* ma anche *bottom up*), che orizzontalmente (tra istituzioni del territorio e con i soggetti non pubblici del territorio), gli obiettivi che intende perseguire. Nella fig. 1 vi è riportata una sintesi di questa dinamica, come risulta dalla recente riforma della legge sanitaria.

<sup>1</sup> Da ultimo, M. Campedelli, P. Carrozza e E. Rossi, a cura di, IL NUOVO WELFARE TOSCANO: UN MODELLO? LA SANITÀ CHE CAMBIA E LE PROSPETTIVE FUTURE Edizioni Il Mulino, Bologna 2009

<sup>2</sup> Cfr. V. Mapelli, a cura di, I SISTEMI DI GOVERNANCE DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI, Formez, Quaderno n. 57, Roma 2007; idem, LA QUALITÀ DELLA SANITÀ NON DIPENDE DALLA SPESA 15.03.2008 lavoce.info

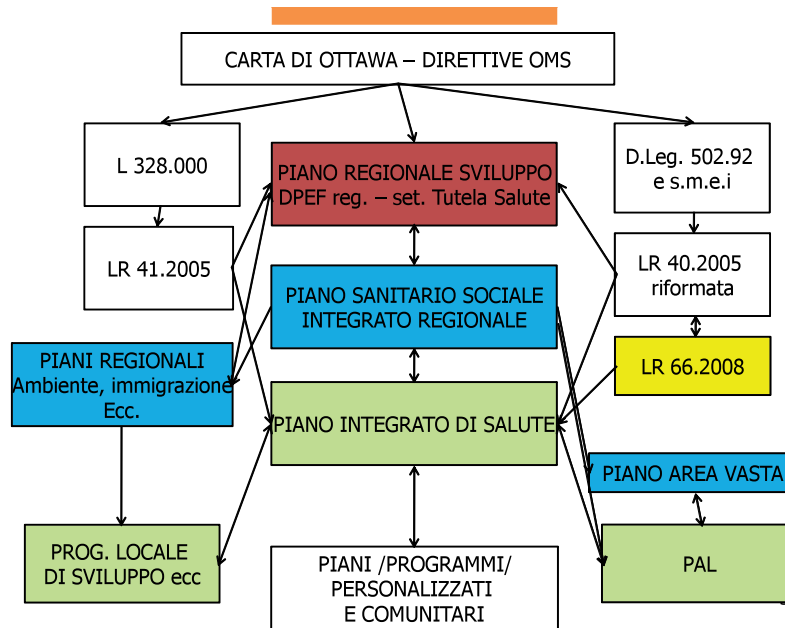


Fig. 1 - La dinamica programmazione del welfare

Questo complesso processo di programmazione, sia per la funzione che è chiamato a svolgere – il riconoscimento dei diritti e la realizzazione delle conseguenti politiche – che per il notevole impegno di risorse investite, in primis date dalle competenze delle figure tecniche chiamate a predisporre la documentazione indispensabile per la definizione delle scelte e priorità, ha necessariamente bisogno di un efficace sistema di **monitoraggio** e **valutazione** che ne permetta la guida, ovvero ne garantisca con una certa attendibilità gli esiti.

Esiti, si badi bene, che sono certo di natura formale – il rispetto degli atti e delle procedure stabilite dalla legislazione regionale – ma soprattutto che riguardano le ricadute effettive che le politiche hanno rispetto allo **stato di salute** e al **benessere** delle diverse popolazioni<sup>3</sup>, così come la **modifica consapevole dei comportamenti degli attori** istituzionali e non coinvolti. Da qui l'impegno, detto per inciso, a favorire pratiche di **partecipazione** che siano efficaci rispetto agli scopi e, proprio per questo, anche "*learning*"<sup>4</sup> per chi vi è coinvolto.

Non si tratta di una precisazione scontata. E' infatti oramai ampiamente dimostrato che la salute dipende solo in parte dall'offerta sanitaria<sup>5</sup>, anche se ancora insufficienti sono i sistemi di analisi dei determinanti sociali di salute applicati a livello micro e relativi a una tempistica "*corta*". Così come, sempre rispetto agli *outcomes* e non solo agli *outputs*, tradurre in indicatori efficaci le idee di salute e di benessere non può non porre il problema che, anche qualora fossero effettivamente disponibili tali indicatori, tra socio assistenziale e sanitario, compresa la componente socio-sanitaria – per non parlare degli altri comparti di programmazione quali quello educativo, o quello ambientale – vi sono **asimmetrie profonde** (riassunte schematicamente nella tabella 1), ovvie se si pensa anche solo alla differenza di quota di spesa pubblica e/o privata che veicolano, ma proprio per questo di difficile compensazione.

<sup>3</sup> Secondo la lr 40 riformata la "valutazione è il complesso degli strumenti che la Regione e i soggetti del sistema adottano per verificare il raggiungimento degli obiettivi della programmazione, ossia i risultati conseguiti misurabili in termini di livelli di salute della popolazione, efficacia e qualità delle cure, appropriatezza ed efficienza dei servizi erogati;" (art.2, u bis)

<sup>4</sup> Gli studi sul capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie, ancora oggi sembrano sottovalutare (cfr E. Vagnoni IL RUOLO DEL CAPITALE INTELLETTUALE NEL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLE AZIENDE SANITARIE in M. Biocca, R. Grilli, B. Riboldi LA GOVERNANCE NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE Editore F. Angeli, Milano 2008) la componente programmatica delle stesse e il valore da questo generato rispetto alla appropriatezza delle risposte che vengono date

<sup>5</sup> Commissione delle Comunità Europee LIBRO BIANCO. UN IMPEGNO COMUNE PER LA SALUTE: APPROCCIO STRATEGICO DELL'UE PER IL PERIODO 2008-2013 Com (2007) 630 definitivo, Bruxelles 23.10.2007

SOCIALE	SANITARIO <sup>7</sup>
Criteria parzialmente standardizzati per la definizione del bisogno personale <sup>8</sup>	Criteria standardizzati per la definizione del bisogno personale
Materia residuale regionale	Materia concorrente stato-regione
Universalismo selettivo e "discrezionale"	Universalismo tc ed equità
Mancanza di lep nazionali, in costruzione lep regionali <sup>9</sup>	Presenza di lea
Pluralismo/privatizzazione gestionale	Gestione centrata sul pubblico
Molteplicità di fonti di finanziamento	Unicità delle fonti di finanziamento
Contabilità finanziaria (Comuni)	Contabilità economico-patrimoniale
Dimensioni economico gestionali medio piccole	Dimensioni economico gestionali grandi
Ridotta componente tecnologica	Altissima componente tecnologica
Professionalizzazione aspecialistica	Professionalizzazione specialistica
Scarsa propensione alla ricerca operativa	Notevole propensione alla ricerca operativa seppur condizionata in termini di qualità e efficacia
Filiera decisionale poliarchica/anarchica	Filiera verticale "monocratica"
Pratiche consolidate di governance esterna	Scarsa di cultura di governance esterna
Scarsa cultura di governance interna	Pratiche consolidate di governance interna (governo clinico come governance sul prodotto/prestazione assistenziale)
"Temporalità ex ante" nella programmazione con ridotta valutazione dei risultati	"Temporalità ex post" nella programmazione con rilevante valutazione dei risultati

Fig. 2 - Sociale e Sanitario a confronto

In altri termini, l'integrazione non è solo un risultato della programmazione integrata ma anche una sua premessa; una linea guida delle e nelle policies che si intendono perseguire; e ancora, una risorsa a monte perché l'integrazione di ciò e di come deve essere realizzato – servizi e prestazioni – migliori effettivamente salute e benessere delle persone e delle popolazioni – anche quelle più in difficoltà, come sottolinea la sanità di iniziativa – verso cui è rivolta l'azione pubblica.

L'integrazione premessa/risorsa del e nel processo di sistema, soprattutto in un contesto come quello toscano, presuppone quindi, parallelamente, lo sforzo per il progressivo allineamento delle diverse policies coinvolte. Servizi sanitari, interventi per la non autosufficienza, servizi socio assistenziali, interventi per la immigrazione (e ancora, politiche del lavoro, della casa, della formazione, ecc.) già ora, nella deliberazione ed implementazione della normativa regionale, sono pensate e strutturate, con gradi maggiori o minori, come interdipendenti<sup>9</sup>, quasi fossero un complesso sistema di vasi comunicanti i cui condotti sono però, almeno per il momento, di dimensione alquanto diversa.

Essi, che si sono sviluppati con logiche e tempistiche necessariamente proprie, si trovano oggi chiamati a convergere sia su strumenti di programmazione comuni (Piano Integrato di Salute – PIS) che sui criteri di valutazione utilizzati. In particolare, ci riferiamo al monitoraggio e valutazione dei PIS, al monitoraggio del FNA, al "Bersaglio" di Distretto, al Bilancio (budgettizzato) delle Aziende USL, al monitoraggio del processo di istituzionalizzazione delle Società della Salute.

L'integrazione premessa/risorsa diviene quindi anche integrazione dei sistemi di valutazione delle diverse componenti che compongono il welfare regionale. In altri termini, la metafora più efficace in questa fase sembra quella dell'organo, fatto di tante canne, ognuna indipendente, ma il cui suono è intonato perché su una stessa tastiera si suona con uno spartito unico.

Il progetto per la definizione<sup>10</sup> – partecipata – di un format per il monitoraggio e la valutazione della pro-

<sup>6</sup> Questa tipologia sarebbe poi da suddividere in sanitario ospedaliero e sanitario territoriale cfr P.Tedeschi MISURARE E VALUTARE LA PERFORMANCE ASSISTENZIALE DELLA SANITA' TERRITORIALE in S. Nuti, a cura di, LA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE IN SANITA' Edizioni Il Mulino, Bologna 2008.

<sup>7</sup> Cfr Nomenclatore Interregionale interventi sociali 2009 [www.welfare.it](http://www.welfare.it)

<sup>8</sup> Cfr Regione Toscana, DGR 282.05

<sup>9</sup> Solo l'accenno al fatto che con la riforma della LR 40.05 il sistema di governance locale previsto è chiamato a promuovere l'interdipendenza: organizzativa tra AUSL e SdS, istituzionale tra AUSL e Comuni, gestionale tra organi della AUSL e della SdS.

<sup>10</sup> Il progetto promosso dalla Regione Toscana e affidato ad un pool di organismi interni ed esterni ad essa – Mes Sant'Anna- capofila, Fondazione Zancan, Osservatorio Sociale Regionale, ARS Agenzia Regionale Sanitaria, è oramai giunto alla terza annualità con i risultati che vengono riportati di seguito

grammazione integrata territoriale (PIS) nasce dentro e contribuisce a realizzare questo disegno, generale dal punto di vista della integrazione delle politiche, particolare da quello della valutazione dell'azione svolta.

Il risultato, grazie al lavoro di una equipe interdisciplinare<sup>11</sup> e al costante confronto con gli operatori delle zone-distretto/SdS, ha prodotto due strumenti basilari coerenti con quanto stabilito dalla normativa: un set di indicatori per la redazione del profilo di salute (PdS) (tabella 2), e il vero e proprio format per il monitoraggio e la valutazione dei PIS.

Matrice set di indicatori per il Profilo di Salute dei Piani Integrati di Salute									
Aree tematiche del profilo	Popolazione totale	Aree di Integrazione Sociosanitaria							
		Anziani	Materno infantile	Immigrati	Disabilità	Dipendenze	Salute mentale	Pazienti terminali	Infezioni da HIV
Profilo demografico									
Determinanti di salute									
Stato di salute									
<b>Assistenza:</b>									
Sanitaria (LEA)									
Sociosanitaria									
Sociale (livelli di cittadinanza)									

Fig. 3 - La matrice

Essi, pur avendo funzioni diverse, sono inscindibilmente legati, sia come metodo di costruzione (partecipata), che come funzione (programmatoria), che infine come contenuti fondamentali. Per quanto riguarda il set, a breve sarà a disposizione un sussidio che ne approfondisce le caratteristiche informative e il suo utilizzo<sup>12</sup>. Basti qui evidenziare la logica su cui è stata costruita la matrice del set sopra riportata. Le aree tematiche del profilo (demografiche, epidemiologiche e di governo della domanda - sociale, sociosanitaria e sanitaria) sono rapportate alla tipologia di utenza (alle diverse popolazioni) che, dal punto di vista dell'offerta, sono poi le aree di integrazione sociosanitaria.

<b>Oggetto:</b>	programmazione integrata sociosanitaria territoriale - PIS
<b>Finalità:</b>	qualificare la funzione di governo/governance dei PIS in un'ottica di coerenza tra regione-territori/territori
<b>Obiettivi e priorità:</b>	monitorare l'azione programmatoria; stabilire criteri condivisi/concertati di autovalutazione e valutazione della stessa;
<b>Attori:</b>	RT – area coordinamento politiche sociali integrate; Sds/UdP; Osservatori Sociali Provinciali e Regionale;
<b>Livelli di analisi:</b>	valutazione indicativa; valutazione degli effetti attesi
<b>Definizione indicatori:</b>	costruzione partecipata
<b>Fonti informative:</b>	archivio/sito pis
<b>Strumenti:</b>	elaborazione database
<b>Compilazione:</b>	autosomministrazione
<b>Analisi dei risultati:</b>	RT – area coordinamento politiche sociali integrate

Fig. 4 - Schema logico del processo valutativo

Il format per il monitoraggio e la valutazione dei PIS (vedi schema logico – figura 4), alla luce dalla riforma sanitaria approvata lo scorso anno e in attesa del prossimo Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale, è stato, soprattutto per la parte del monitoraggio, impostato seguendo il dettato normativo, in particolare l'art. 21 della lr 40 riformata, di seguito sintetizzato (figura 5).

<sup>11</sup> Oltre al sottoscritto, hanno partecipato – anno 2009- A. Barchielli, S. Barsanti, D. De Lalla, M. Faraoni, P. Francesconi, E. Innocenti, M. La Marca, S. Maurri, L. Puccetti, S. Tattini; costante, visti i diversi ruoli ricoperti, è stato il confronto con V. Biagi, P. Carrozza, G. Cipriani, G. Faenzi, G. Maciocco, F. Mariotti, S. Nuti, E. Rossi, G. Tognoni, T. Vecchiato, S. Naldoni.

<sup>12</sup> S. Barsanti, M. Campedelli, E. Innocenti, a cura di, IL PROFILO DI SALUTE. UN SUSSIDIO PER I PIANI INTEGRATI DI SALUTE Edizioni ETS, Pisa, in corso di stampa

<b>1) Profilo epidemiologico delle diverse popolazioni- particolarmente quelle a maggiore rischio:</b>	stili di vita, accessibilità ai servizi, continuità delle cure assistenziali;
<b>2) Obiettivi di salute e benessere</b>	standard quanti-qualitativi zonali (coerenza verticale) progetti sanità d’iniziativa; contrasto diseguaglianze nella salute e nell’assistenzas sanitaria; progetti individuali di cambiamento stili di vita;
<b>3) Azioni attuative</b>	
<b>4) Risorse</b>	comuni e fondo sanitario regionale;
<b>5) Rete</b>	servizi e interventi attivati e indicazione delle capacità di intervento
<b>6) Fabbisogno</b>	strutture residenziali e semiresidenziali
<b>7) Struttura</b>	strutture residenziali e semiresidenziali
<b>8) Raccordo</b>	amministrazioni comunali consultazione terzo settore assemblea soci sds/ conferenza zonale dei sindaci: parere consigli comunali;accordo con Ausl
<b>9)Approvazione</b>	
<b>10)Attuazione</b>	programmi operativi annuali
<b>11) Valutazione</b>	obiettivi di zona
<b>12)Recepimento</b>	Pal

Fig. 5 - Il format

Esso fa propri e rielabora, articolandoli secondo una logica “telescopica”, quattro livelli di analisi:

- **monitoraggio**, inteso come evidenziazione delle caratteristiche del prodotto “programmazione” a partire da quanto stabilito dalla norma;
- **valutazione performativa**<sup>13</sup>, orientata sulla misurazione delle **performance del processo programmatorio** dal punto di vista della efficienza, efficacia, economicità;
- **valutazione indicativa**, orientata misurazione degli obiettivi di policy perseguiti, assumendo l’**integrazione come paradigma**, ovvero degli outcomes in termini di diritto alla salute (e promozione della autonomia delle persone)<sup>14</sup>;
- **valutazione degli effetti attesi a livello territoriale** (se e come il Pis impatta sulle strategie ambientali, economiche; se e come le programmazioni di queste policies impattano sulla programmazione PIS)<sup>15</sup>.

Questi livelli sono, per l’appunto, da considerare sottoinsiemi uno dell’altro. Mentre il monitoraggio riguarda l’intero PIS e il suo processo di definizione, approvazione e comunicazione, la valutazione prende in considerazione sue parti specifiche e/o del processo del PIS.

Il suo carattere “telescopico” impronta, come è ovvio immaginare, anche la sua temporalità. Il punto di arrivo a cui si è giunti è quello di avere predisposto la struttura del **monitoraggio** e della **valutazione performativa** e solo alla luce del **follow up** che ne seguirà dopo l’utilizzo nella prossima tornata programmatoria si completeranno sia le parti relative alla **valutazione indicativa** che a quella degli **effetti attesi a livello territoriale**.

In questi primi due livelli, unificati nella stessa struttura, sono ricomprese le informazioni per il monitoraggio e la valutazione performativa suddivise in **cinque campi tematici**:

- 1) se esiste – ovvero se non è appaltato all’esterno - e quali caratteristiche presenta - *presenza responsabile/*

<sup>13</sup> Si riprende qui la differenza semantica tra **pianificazione integrata** rispetto ai mezzi, orientata alla integrazione di programmi, attori, risorse diverse; e **pianificazione unitaria**, orientata ai risultati in termini di qualità della vita della comunità; cfr G.Gosetti QUALIFICARE LA PIANIFICAZIONE IN SENSO UNITARIO: ELEMENTI PER LEGGERE LA RELAZIONE FRA INTEGRAZIONE E UNITARIETA' in G. Pilati, a cura di, PROGRAMMAZIONE UNITARIA DELLE POLITICHE PER LA SALUTE Edizioni Fond. Zancan, Padova 2008;

<sup>14</sup> come esempio, la valutazione prevista dal Psr, con particolare riferimento alla sanità di iniziativa, cfr S. Nuti LE PERFORMANCE DEL SISTEMA SANITARIO TOSCANO E LE MODALITA' DI UTILIZZO DEL SISTEMA in Nuti, cit. pag. 197 e ssgg.

<sup>15</sup> Regione Toscana, Area Coordinamento e Controllo, IL MODELLO ANALITICO: UN PERCORSO PER L'ELABORAZIONE E LA VALUTAZIONE DEI PIANI E PROGRAMMI REGIONALI AI SENSI DELL'ART.10 DELLA LR 49/99

*coordinatore, funzioni svolte dalla struttura operativa, organizzazione, interfacciamento e operatività con gli enti consorziati e con gli osservatori sociali provinciali, fabbisogno formativo – l'unità di programmazione territoriale;*

- 2) *se i contenuti del PIS – articolazione documento pis, processo di definizione/formazione, profilo di salute, obiettivi e priorità, programmi quinquennali e annuali, strumenti di valutazione, rete dei servizi, fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali – previsti dalla normativa sono presenti tutti o in parte;*
- 3) *quante, quali e di chi sono le risorse (impiegate sia per la realizzazione del PIS che per la sua attuazione e in che rapporto sono con la quota sanitaria di zona e con la quota sociale stimata di zona) – risorse potenziali, costi struttura, programmazione e controllo annuale/quinquennale, risorse necessarie attività dalla programmazione annuale/triennale (ex conto esercizio sds);*
- 4) *quanto e come il PIS è coerente – coerenza interna e esterna – con le indicazioni regionali e con gli altri documenti di programmazione territoriale (in particolare nel suo recepimento da parte del PAL aziendale);*
- 5) *e infine, quanto e come si sono realizzate le forme di partecipazione – organi istituzionali per le sds, altre modalità per le zone-distretto, coinvolgimento della cittadinanza, forme di comunicazione.*

Con ciò, adottando indicatori appropriati, ci si pone lo scopo di offrire una **griglia di auto/valutazione, funzionale alla comparabilità con le altre zone-distretto/Sds**<sup>16</sup>, che permetta agli attori coinvolti di verificare i seguenti obiettivi/livelli inerenti la funzione programmatoria dei PIS:

- *Obiettivi di competenza/ responsabilità programmatoria*
- *Obiettivi di salute raggiunti/non raggiunti*
- *Obiettivi di sistema raggiunti/non raggiunti*
- *Livello di coerenza verticale e orizzontale*
- *Livello di sostenibilità economica del sistema di offerta*
- *Livello di efficienza della programmazione*
- *Livello di conoscenza, partecipazione e consenso sugli obiettivi e sui risultati*

Questa proposta, e sarà il *follow up* a dimostrarne la veridicità, presuppone anche due ipotesi teoriche, confermate dalla letteratura scientifica, assolutamente centrali per il progetto di welfare toscano costruito in questi anni. La prima è che la stessa valutazione sia considerata un **fattore di integrazione** in generale, se si pensa al **sociosanitario**, e in particolare se ci si riferisce al **territorio**<sup>17</sup>. In questo secondo caso essa è da considerare **meta funzione di governo/governance**, ovvero una delle componenti del **framework regolativo** (esogeno agli attori della integrazione territoriale) delle politiche di integrazione. Essa infatti si affianca – ed è chiamata a **coerenza** – con la definizione partecipata degli **obiettivi**; i criteri di **remunerazione** delle/nelle organizzazioni del network (leggi Sds, ma anche Distretti Sanitari e Comuni); la **stabilità** delle attività di regolamentazione. Ed è altresì interdipendente con i **fattori endogeni** al funzionamento del network, quali, ad esempio, quelli relativi alla:

- **tipologia "convergente o dialogante" dei sistemi di programmazione e controllo;**
- **costituzione di sub-unità organizzative ed equipe professionali interorganizzazionali;**
- **stabilità del ruolo dei vertici e del management delle organizzazioni del network.**

In altri termini, il modo con cui si condividerà o meno la proposta di monitoraggio e valutazione, così come pensata fino ad ora, sarà – per riprendere quanto detto sopra – una **premessa/risorsa** per l'integrazione operativa tra gli attori locali – Comuni, Ausl, Provincia, OO.SS., Terzo Settore, Rappresentanze dei cittadini – coinvolti nella programmazione integrata.

La seconda ipotesi riguarda il modo di concepire le politiche pubbliche. La discussione-azione pubblica sulle politiche di welfare spesso è **evocativa-allusiva-elusiva**, a volte **esorativa**, altre volte **descrittiva**, mentre non sempre, in particolare nel sociosanitario, riesce ad essere **indicativa**. All'opposto una comunicazione politica è efficace quando riesce a **indicare il perché, il cosa e il come** si deve o si vuole realizzare attraverso un determinato intervento, **chi**

<sup>16</sup> Ci si riferisce alla **matrice trend-benchmarking** già utilizzata nel sistema del bersaglio

<sup>17</sup> A.D. Barretta **FATTORI CHE POSSONO IMPATTARE SULLE RELAZIONI ORGANIZZATIVE IN AMBITO SOCIO SANITARIO** in A. Barretta, a cura di, **L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA: RICERCA SCIENTIFICA ED ESPERIENZE OPERATIVE A CONFRONTO** Editore Il Mulino, Bologna 2009; A.D. Barretta, A. Gepponi, P. Monfardini, P. Ruggiero **INTER-ORGANIZATIONAL MANAGEMENT CONTROL IN HEALTH AND SOCIAL CARE: AN EXPLORATORY ANALYSIS OF HEALTHCARE CONSORTIA IN TUSCANY** Mecosan 71, 2009

deve esserne il destinatario principale e/o quelli secondari o indiretti, **quali** esiti concreti (misurabili e comparabili) ci si attende, con **quali** risorse (materiali e immateriali) e modalità si intende metterlo in atto. In altri termini, monitorare-valutare la programmazione significa m/v, in particolare in Toscana, una funzione chiave del governo/governance del sistema sociosanitario<sup>18</sup> e di welfare allargato, e questo è già di per sé **(meta) funzione di governo/governance** perché:

- fornisce un **linguaggio di sistema**;
- permette, stabilendo una responsabilità di reciprocità nel network, di **rendere conto agli stakeholders**;
- valorizza il **merito, la competenza, la partecipazione degli attori**;
- facilita i **processi di apprendimento**.

Essa necessita, e quanto fin qui riportato ne è la dimostrazione, di tempi adeguati – e di azioni di supporto e accompagnamento conseguenti – poiché, anche per le caratteristiche proprie del sociosanitario, comporta la **condizione-negoziata delle rilevanze** riconosciute dalla pluralità degli attori del sistema. Principio che ha orientato tutto il cammino percorso.

### 3. LA STRUTTURA DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE DI ZONA-DISTRETTO *di S. Nuti*

Il sistema di valutazione delle zone-distretto del sistema sanitario della Regione Toscana presentato in questo report segue gli stessi criteri e la stessa metodologia del sistema di valutazione della performance delle Aziende Sanitarie, adottato in tutto il sistema sanitario toscano a partire dal 2005 (Nuti, 2007). Nel 2007, infatti, la Direzione Regionale delle Politiche Sociali e di Solidarietà ha richiesto di estendere la valutazione dei risultati, sino ad allora calcolati per singola azienda, a livello di zona, includendo quindi nelle logiche della valutazione anche l'area relativa ai servizi sociali.

Per il sistema di valutazione della performance a livello di zona-distretto sono state individuate sei dimensioni di sintesi, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello socio-sanitario, come evidenziato in figura 1.



Fig. 1 - Le dimensioni di valutazione

Tali dimensioni coincidono in parte con le dimensioni di valutazione individuate per le aziende:

**A. Valutazione della salute della popolazione e caratteristiche demografiche e socio-economiche:** è utile chiarire fin da subito che le caratteristiche di una popolazione non indicano le performance né di una azienda né di una zona distretto. Tali caratteristiche sono però di supporto a tutto il processo di programmazione che

<sup>18</sup> Basti pensare che la coerenza verticale, a differenza che nel sanitario (Cfr Nuti, cit., in particolare prima parte), non è una misura della applicazione-realizzazione delle disposizioni regionali ma del **grado di corrispondenza tra le azioni – plurali e pluralistiche – realizzate territorialmente** (alla luce delle motivazioni espresse dalle autonomie locali e sociali) e **gli indirizzi regionali**; in altri termini si tratta di una **coerenza verticale di reciprocità**



il territorio deve mettere in atto per uno sviluppo e un mantenimento appropriato dei servizi, rispondendo quindi alle esigenze della popolazione a cui essi si rivolgono. Una zona, infatti, con un'alta percentuale di anziani, un basso livello di scolarizzazione e un'alta percentuale di famiglie povere dovrà essere in grado di supportare una serie di servizi in materia di anziani, adulti a rischio di povertà, ecc...; tali servizi, invece, saranno implementati in maniera diversa in una zona dove, invece, la popolazione è mediamente più giovane, ricca ed istruita. Gli indicatori di questa dimensione rappresentano quindi dei punti di partenza ed arrivo del sistema di valutazione e non hanno assolutamente la pretesa di essere valutati come performance. Tali indicatori analizzano principalmente lo stato di salute della popolazione, attraverso alcuni tassi di mortalità, le caratteristiche demografiche della popolazione, come l'indice di dipendenza e di natalità, le caratteristiche socio-economiche della popolazione, come il livello di istruzione e di povertà.

**B. Valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali:** le aziende sanitarie, operando in logica di squadra e non solo come strutture autonome, devono mettere in atto gli orientamenti regionali e le delibere previste a livello regionale. Gli obiettivi e le strategie regionali, infatti, previsti nel Piano Sanitario Regionale e nel Piano Integrato Sociale Regionale, devono poter essere monitorati ad ogni livello, sia di azienda, che di zona-distretto. Se infatti un obiettivo, come ad esempio la copertura vaccinale, è raggiunto a livello medio aziendale, non è detto che lo stesso obiettivo sia raggiunto in ogni zona facente parte dell'azienda stessa. È importante quindi che tali obiettivi ed indicatori siano declinati fino al livello zonale, al fine di evidenziare le criticità e gli spazi di miglioramento. Tale area, una volta messo a regime il sistema, potrà inoltre comprendere il monitoraggio e la valutazione delle strategie specifiche di zona-distretto e/o di Società della Salute richieste dalla Regione.

**C. Valutazione socio-sanitaria:** in questa dimensione sono compresi i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e risposta del sistema socio-sanitario, in particolar modo per le attività di competenza del territorio come la prevenzione, la medicina generale, l'attività dei consultori e le attività legate ai servizi sociali.

**D. Valutazione esterna:** in questa dimensione si considera il punto di vista della popolazione e degli utenti dei servizi di zona-distretto e delle attività ad essa correlate, attraverso la valutazione della soddisfazione e di esperienza.

**E. Valutazione interna:** in questa dimensione viene considerato il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie afferente alle attività e servizi erogati esclusivamente dalle zone. Ormai molti studi evidenziano la rilevante correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, il clima organizzativo aziendale e la soddisfazione degli utenti dei servizi erogati. Puntare sul miglioramento dei risultati, quindi, necessita di una rilevante focalizzazione sui sistemi e i meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati.

**F. Valutazione di efficienza operativa:** in tale area di valutazione se per le aziende si verifica la capacità di perseguire le tre condizioni di equilibrio della dinamica economico finanziaria, per le zone si valuta la spesa sanitaria territoriale e la spesa sociale. In questa dimensione sono inoltre oggetto di osservazione indicatori di efficienza operativa che possano evidenziare la produttività delle risorse e l'utilizzo di strumenti gestionali orientati all'ottimizzazione e razionalizzazione dell'uso delle risorse disponibili. Sono quindi oggetto di valutazione il funzionamento dei servizi interni (controllo di gestione, approvvigionamenti, sistema informativo...) e la capacità di utilizzo da parte dell'azienda degli strumenti fondamentali di management (meccanismi di programmazione e controllo).

Così come per la valutazione della performance aziendale, affinché la valutazione della performance delle zone-distretto fosse rappresentata in maniera efficace, semplice e chiara, è stato utilizzato lo schema del "bersaglio", composto da cinque diverse fasce, una per ogni livello di performance di valutazione, e suddiviso in sei spicchi rappresentanti ciascuno una delle sei dimensioni. Ogni indicatore misurato è rappresentato sul bersaglio con un simbolo (un pallino): la zona-distretto capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse dimensioni avrà i propri risultati riportati vicino al centro del bersaglio, mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce più lontane dal centro.

Le fasce in cui la valutazione è stata espressa sono cinque ed a ciascuna fascia è associato un colore e un punteggio a seconda del tipo di performance ottenuto:

- fascia verde: la fascia più centrale al bersaglio, corrispondente ad una performance ottima, il cui punteggio sintetico è compreso tra il 4 e il 5;
- fascia verde chiaro: indica una performance buona e la valutazione sintetica è compresa tra il 3 e il 4;
- fascia gialla: indica una performance non negativa, con ampi spazi di miglioramento, la valutazione è tra il 2 e il 3;
- fascia arancione: la performance è scarsa e deve essere migliorata, la valutazione è tra l'1 e il 2;
- fascia rossa: la performance è assai scarsa e la valutazione è compresa tra 0 e 1.

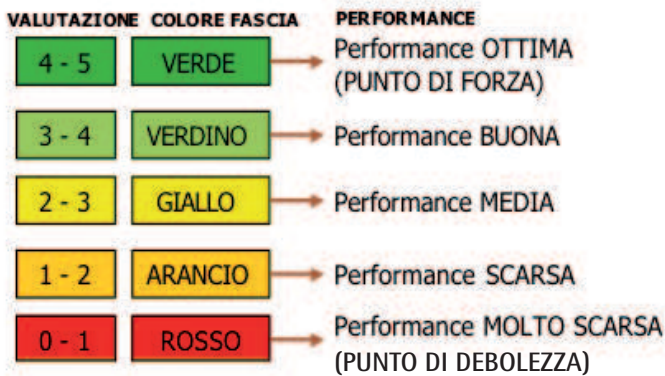


Fig. 2 - Le fasce di valutazione

Per costruire le scale di valutazione con cui sono stati misurati i diversi indicatori sono stati adottati i seguenti criteri di riferimento:

- se esistente, è stato considerato uno standard internazionale riconosciuto (ad esempio: il tasso di cesarei massimo auspicato dall'OMS);
- in caso di assenza di uno standard internazionale di riferimento è stato considerato uno standard regionale o un obiettivo definito con delibera regionale;
- in caso di assenza di uno standard regionale di riferimento è stata considerata la media regionale corretta con eventuali fattori di risk adjustment per rendere possibile il confronto tra le aziende (in genere sono stati considerati il sesso e l'età della popolazione di riferimento).

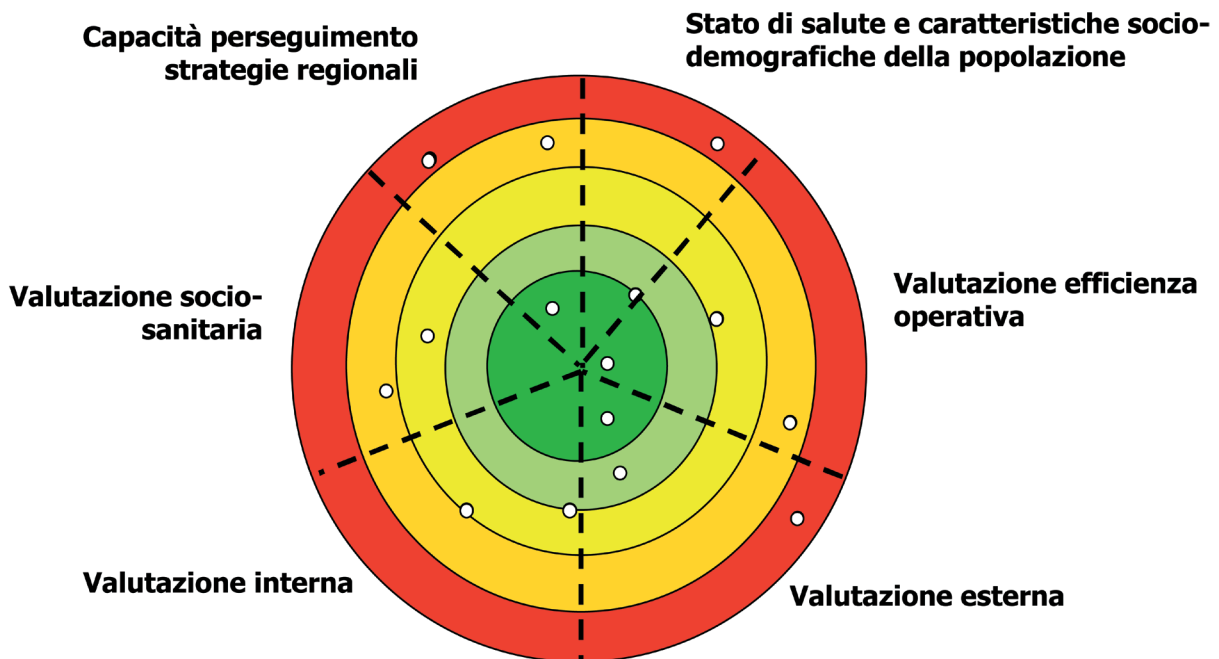


Fig. 3 - La logica del bersaglio e le dimensioni di valutazione

Ogni zona-distretto vede rappresentata sinteticamente la propria performance nel proprio bersaglio, in cui vengono riportati i valori di sintesi degli indicatori selezionati. È possibile quindi, in maniera veloce, capire quali siano per l'anno di riferimento le performance positive della zona-distretto, rappresentate dagli indicatori riportati nelle fasce di valutazione verdi ed i risultati, invece, con performance scarse, riportati nelle fasce di valutazione arancione o rossa.

#### 4. GLI INDICATORI DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DI ZONA-DISTRETTO DI S. BARSANTI

Gli indicatori presenti nel sistema di valutazione delle zone-distretto hanno una struttura ad albero, ovvero sono composti da un indicatore principale che rappresenta la sintesi di alcuni sottoindicatori: a titolo di esempio la valutazione della soddisfazione della popolazione relativa alla medicina di base è data dalla media della valutazione di vari items su cui è stato richiesto un giudizio all'utenza, quali l'organizzazione e i tempi del servizio, la capacità di comunicazione del medico al paziente, la gentilezza e la disponibilità nella relazione, la competenza professionale dimostrata, la capacità di presa in carico e di indirizzo nei percorsi assistenziali, la disponibilità alle visite domiciliari (Nuti, 2008).



Fig. 1 - Un esempio di indicatore

Per il 2008 gli indicatori presenti nel bersaglio sono in totale 84, raggruppati in 32 indicatori di sintesi. Il loro numero complessivo può variare perché ogni anno la Regione può modificare sia gli obiettivi sia, di conseguenza, i risultati da monitorare in base alle priorità strategiche dell'anno. Sono inseriti nella reportistica anche alcuni indicatori senza valutazione per facilitare la comprensione delle determinanti del risultato conseguito. I risultati, inoltre, possono avere una differente tempistica di misurazione e valutazione in base alla rilevanza e alla possibilità effettiva di modificare i processi in tempi brevi, incidendo sui risultati ottenuti (ad esempio i tempi di attesa nella valutazione aziendale sono misurati mensilmente, mentre la soddisfazione dei cittadini per i servizi della medicina di base è misurata ogni due anni).

Le dimensioni del sistema di valutazione comprendono indicatori alimentati con dati provenienti dal sistema informativo regionale, dai bilanci aziendali e da indagini sistematiche con rappresentatività statistica, realizzate direttamente dal Laboratorio Management e Sanità, come mostrato nella seguente figura.

DIMENSIONI	FONTI
SALUTE E CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DELLA POPOLAZIONE (A)	- ARS Toscana - Censimenti ISTAT - Stime IRPET
CAPACITÀ PERSEGUIMENTO STRATEGIE REGIONALI (B)	- Flussi ministeriali e regionali - Enti, Organizzazioni sanitarie - Indagini MeS (CATI)
VALUTAZIONE SOCIO-SANITARIA (C)	- Flussi ministeriali e regionali
VALUTAZIONE ESTERNA (D)	Indagini telefoniche svolte dal MeS (CATI): - sulla popolazione - sugli utenti ricoverati - sulle partorienti - sugli utenti del PS - sugli utenti in ADI
VALUTAZIONE INTERNA (E)	- Indagine MeS di clima organizzativo (CAWI) - Flussi aziendali
VALUTAZIONE EFFICIENZA OPERATIVE E DINAMICA ECONOMICO-FINANZIARIA (F)	- Flussi ministeriali e regionali - Bilanci Aziendali

Fig. 2 - Dimensioni e Fonti

Non sempre, però, i dati disponibili nel sistema informativo regionale o ricavabili mediante le indagini di campo sono stati sufficienti a soddisfare il fabbisogno di controllo. Spesso può essere estremamente utile e necessario poter disporre di informazioni e dati in tempi rapidi, capaci di segnalare al management l'impatto di alcune decisioni, o al-

cune situazioni in essere nell'organizzazione o nei processi di erogazione di alcuni servizi. Si può trattare di situazioni precise e puntuali, ma che sono ritenute critiche e sintomatiche da parte della Direzione. In questi casi non appare praticabile l'idea di impostare un sistema di rilevazione sistematico, ma può essere opportuno attivare un processo di indagine che il team di ricerca ha denominato "valutazione ad hoc".

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

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

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

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

Gli indicatori provenienti da valutazioni ad hoc sono segnalati attraverso il simbolo di un campanello. Sono indicatori campanello nel bersaglio aziendale, ad esempio, gli indicatori relativi ai tempi di attesa delle prestazioni specialistiche (B3). Tra gli indicatori presenti nel bersaglio delle zone-distretto non ci sono indicatori basati sulla valutazione ad hoc.

Rispetto alla valutazione aziendale, che comprende indicatori che analizzano le diverse componenti, con i rispettivi obiettivi, di una azienda sanitaria, dal presidio ospedaliero, al territorio, ai servizi amministrativi, ecc, gli indicatori dei bersagli delle zone-distretto devono concentrarsi da una parte sulle sole performance del territorio, dall'altra allargarsi alle performance dei servizi sociali, nonché cercare di catturare i risultati e gli output di tutti quei servizi integrati. In questo senso, la letteratura e l'esperienza internazionale, infatti, sono ricche di esempi di valutazione dei servizi sociali: ad esempio, i servizi sociali inglesi sono valutati di anno in anno attraverso un sistema di valutazione assai simile a quello utilizzato dalla Regione Toscana per le Aziende Sanitarie (CSCI, 2005).

Il gruppo di ricerca del Laboratorio MeS ha iniziato, dal dicembre 2007, una stretta collaborazione con il settore delle Politiche Sociali della Regione Toscana, al fine di individuare degli indicatori di sintesi che potessero essere utilizzati nella valutazione di zona-distretto e che comprendessero anche la parte, fin ad allora esclusa dei servizi sociali. Varie sono state le criticità incontrate in tale ricerca.

Innanzitutto, sulla parte sociale, manca una precisa definizione e classificazione delle "patologie" sociali e delle prestazioni ad esse collegate: se infatti sul versante sanitario il bisogno è certamente espresso dalla presenza di una certa patologia o malattia, curabile in maniera sostanzialmente standardizzata (ad esempio le linee guida), sul versante sociale si fa riferimento ad una situazione di fragilità che spesso non è facilmente misurabile; pertanto gli interventi che ne seguono sono poco standardizzabili. Il sistema di welfare riconosce a tutta la popolazione la garanzia di alcuni diritti essenziali: i Livelli Essenziali di Assistenza ed i Livelli Essenziali per le Prestazioni sociali rappresentano la specifica traduzione, per i rispettivi ambiti, delle garanzie del cittadino, ovvero dei diritti sociali esigibili. Se sul versante sanitario tali diritti sono esplicitamente definiti attraverso i LEA, su quello sociale, invece, i LIVEAS sono ancora in fase di determinazione e definizione da parte del Governo. Una doverosa articolazione e definizione dei LIVEAS risulta però di particolare importanza nella definizione di possibili indicatori e/o standard sociali.

Altra criticità è rappresentata dalla mancanza di un flusso informativo sociale, anche a livello nazionale, di dati da cui poter attingere per estrarre le informazioni, criticità che il dipartimento sta affrontando anche grazie alla realizzazione di un Osservatorio Regionale Sociale che possa mettere in rete i diversi Osservatori Sociali Provinciali. Le informazioni ed i dati relativi a tale settore non mancano, ma è necessaria una omogeneizzazione e, in alcuni casi, standardizzazione dei dati in modo da poter confrontare le diverse informazioni e arrivare ad un linguaggio comune, necessario sia per il processo di programmazione, che per quello di valutazione. La disponibilità, infatti, continua e sistemica di informazioni affidabili rappresenta un elemento strategico per poter effettuare la programmazione, la gestione e, infine, la valutazione dei servizi sociosanitari.

Calcolare alcuni tipi di indicatori a livello di zona, come ad esempio la mortalità infantile, inoltre, pone dei proble-

mi a livello di rappresentatività statistica: trattandosi, infatti, di pochi casi, differenze minime nel tempo aumentano la variabilità dell'indicatore, sovrastimando o sottostimando il reale trend temporale e la reale significatività del dato, soprattutto da un punto di vista epidemiologico. È utile, in alcuni casi, riportare anche solo il numero assoluto: alcuni episodi o attività, come la morte di un neonato o una persona bisognosa non presa in carico dai servizi, devono essere oggetto di valutazione da parte della dirigenza aziendale e regionale. Secondo il criterio dell'evitabilità, infatti, la presenza di un solo caso non gestito efficacemente impone un processo di verifica del sistema che ha permesso che ciò accadesse: ad esempio un alto numero di pazienti ricoverati inappropriatamente seguiti dallo stesso medico di famiglia non rappresenta in maniera esaustiva il lavoro di tale medico, ma costituisce sicuramente un ambito in cui si devono attivare segnalazioni e processi di verifica. In termini gestionali, infatti, l'utilizzo di questo tipo di dati permette di rendicontare prima di tutto l'accaduto, di responsabilizzare gli operatori sanitari e i professionisti e di migliorare l'organizzazione e l'efficienza dei processi interni.

Questo report fornisce alle zone tutto ciò che era possibile calcolare a livello di zona-distretto con le informazioni ad oggi disponibili. La parte sociale risulta ancora priva di indicatori di riferimento per le criticità descritte sopra: nei prossimi mesi il Laboratorio MeS insieme all'Osservatorio Regionale Sociale, in accordo con i responsabili di zona, provvederà alla elaborazione di una serie di indicatori da inserire nella valutazione. Tali indicatori, in queste prime fasi sperimentazione, potranno essere indicatori semplici, atti a verificare la presenza o meno di un servizio, come ad esempio l'attivazione nella zona del Punto Unico di Accesso, o la verifica di obiettivi specifici previsti nel Piano Integrato Sociale Regionale. In particolare tali indicatori potranno essere raggruppati, oltre che nelle diverse dimensioni della valutazione, anche per tipologia di utenze (anziani, immigrati, non autosufficienti, disabili, povertà e disagio adulti, salute mentale), in linea con il nomenclatore sociale.

La maggior parte degli indicatori presentati nel bersaglio delle zone-distretto fa parte anche dei bersagli aziendali: per alcuni items, infatti, è utile nonché necessario per il management avere sia una lettura di insieme, sia una lettura distinta per ogni livello che offre il servizio a cui si fa riferimento. La figura seguente mostra la lista degli indicatori presenti nella valutazione 2008 delle zone-distretto.

Rispetto al 2007, si sono aggiunti indicatori relativi agli stili di vita e quelli relativi alla farmaceutica territoriale. Gli indicatori relativi agli stili di vita sono stati valutati in via sperimentale attraverso il confronto sulla media regionale; gli indicatori relativi alla farmaceutica, invece, non sono stati valutati essendo il 2008 il primo anno di calcolo.

## 14 – PARTE I: LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLE ZONE-DISTRETTO

SISTEMA DI VALUTAZIONE ZONE 2008 - ELENCO INDICATORI E SOTTOINDICATORI	
CODICE INDICATORE	INDICATORI E SOTTOINDICATORI
VALUTAZIONE SALUTE DELLA POPOLAZIONE (A)	
A1	Mortalità Infantile
A2	Mortalità tumori
A3	Mortalità per malattie circolatorie
A5	Tasso di anni di vita potenzialmente persi (PYLL)
A8	Indice di vecchiaia
A9	Indice di dipendenza globale
A11	Tasso di natalità
A12	Istruzione
CAPACITA' PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI (B)	
B5	Estensione ed adesione allo screening
B5.1	Screening Mammografico
B5.1.2	Adesione corretta dello screening mammografico
B5.2	Screening cervice uterina
B5.2.2	Adesione corretta dello screening cervice uterina
B5.3	Screening colorettales
B5.3.2	Adesione corretta dello screening colorettales
B7	Grado di copertura vaccinale
B7.1	Grado di copertura per vaccino MPR
B7.2	Grado di copertura per vaccino antinfluenzale
B16	Comunicazione e partecipazione del cittadino
B16.3	Soddisfazione del cittadino sulla comunicazione
B17	Attività fisica
B17.1	Percentuale sedentari
B17.2	Sedentari consigliati di fare attività fisica
B18	Situazione nutrizionale
B18.1	percentuale persone obese
B18.2	Sovrappeso o obesi consigliati di perder peso
B18.3	Sovrappeso o obesi consigliati di fare attività fisica
B19	Consumo di alcol
B19.1	% bevitori a rischio
B19.2	% bevitori a rischio consigliati di bere meno
B20	Abitudine al fumo
B20.1	% fumatori
B20.2	% fumatori consigliati di smettere

CODICE INDICATORE	INDICATORI E SOTTOINDICATORI
<b>VALUTAZIONE SANITARIA (C)</b>	
C1T	Tasso ospedalizzazione globale
C1T.1	Tasso standardizzato di ospedalizzazione globale
C1T.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari
C1T.1.2	Tasso ospedalizzazione Day-Hospital
C1T.1.2.1	Tasso ospedalizzazione DH medico
C1T.1.2.2	Tasso ospedalizzazione DH chirurgico
C9T	Appropriatezza prescrittiva
C9T.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi)
C9T.2	Tasso di abbandono delle statine (Anticolesfero)
C9T.3	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina (Antiipertensivi)
C9T.4	Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)
C9T.5	Consumo di altri antidepressivi (Antidepressivi)
C12T	Tasso ospedalizzazione scompenso
C13T	Tasso ospedalizzazione polmonite
C14T	Tasso ospedalizzazione diabete
C15T	Tasso di ospedalizzazione BPCO
C16T	% di ricoveri >30 gg sulla popol. resid.
C18T	Salute Mentale
C18T.1	Percentuale di ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche
C18T.2	N. medio ricoveri ripetuti per paziente psichiatrico
C18T.3	Tasso di ricovero per patologie psichiatriche maggiorenni
C18T.4	Tasso di ricovero per patologie psichiatriche minorenni
C19T	Materno infantile
C19T.1	Tasso di concepimento minorenni
C20T	Tasso di prestazioni diagnostica per immagini
C20T.2.1	Tasso di prestazioni TAC
C20T.2.2	Tasso di prestazioni RMN
C20T.2.3	Tasso di prestazioni Ecocolordoppler
<b>VALUTAZIONE ESTERNA (D)</b>	
D15a	Soddisfazione servizi distrettuali
D15b	Organizzazione servizi distrettuali
D15b.1	Organizzazione
D15b.2	Orari di apertura
D15c	Personale
D15c.1	Gentilezza
D15c.2	Professionalità
<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	
E1	Tasso di risposta all'indagine di clima
E9	Attività di formazione
E10	Management per i dipendenti
E11	Comunicazione e informazione per i dipendenti
<b>VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA (F)</b>	
F7	Servizi Interni
F8	Budget
F9	Conoscenza del budget da parte dei dipendenti
F12aT	Efficienza prescrittiva farmaceutica
F12aT.1	% di inibitori di pompa protonica a brevetto scaduto (Antiacidi)
F12aT.2	% di statine a brevetto scaduto (Anticolesfero)
F12aT.3	% di ACE inibitori non associati a brevetto scaduto (Antiipertensivi)
F12aT.5	% di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina a brevetto scaduto (Antidepressivi)
F12aT.6	% di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto (Antiipertensivi)
F12aT.7	% di ACE inibitori associati a brevetto scaduto (Antiipertensivi)
F12aT.8	% di macrolidi a brevetto scaduto (Antibiotici)
F12aT.9	% di fluorochinoloni a brevetto scaduto (Antibiotici)
F12aT.10	Costo medio per unità posologica di altri antidepressivi (Antidepressivi)

Rispetto al bersaglio aziendale, alcuni indicatori, pur essendo calcolati con la stessa metodologia, compaiono nel bersaglio di zona secondo una diversa struttura ad albero, proprio per la particolare rilevanza di alcuni aspetti a livello di territorio. È il caso ad esempio dell'indicatore relativo all'efficacia assistenziale delle cure primarie (C11): tale indicatore raggruppa i tassi di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per i bersagli delle aziende; nel bersaglio di zona-distretto ogni tasso di ricovero rappresenta un indicatore principale. Per quanto riguarda invece le indagini di soddisfazione ed esperienza dei pazienti/utenti, gli indicatori sono calcolati considerando la residenza dell'utente che ha risposto all'intervista: se la residenza è la stessa in cui il paziente ha ricevuto il servizio, viene considerato nel calcolo, altrimenti viene escluso. Infine, per le indagini di clima interno, si considerano le risposte degli afferenti al territorio.

## 5. IL COLLEGAMENTO DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE

### CON LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA REGIONALE *di S. Nuti*

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

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

Le sfide del nuovo PRS sono state quindi tradotte in termini di obiettivi con questa classificazione e illustrate in una mappa descritta nella figura 1.



Fig. 1 - Il processo

Tra i presupposti fondamentali poter disporre di un sistema informativo più ampio e ricco di informazioni per produrre quelle conoscenze ed evidenze nel sistema capaci di creare apprendimento e orientamento dell'azione. Grazie all'ampliamento delle informazioni raccolte, elaborate e restituite al sistema con le metodologie di benchmarking sarà possibile proseguire nelle azioni tese a migliorare la produttività delle risorse mediante una corretta allocazione delle risorse.

Senza quindi contare su risorse aggiuntive ma usando meglio ciò che la collettività pone nelle mani del soggetto pubblico, garantire un approccio più segmentato di risposta alla domanda che permetta di non fallire sui target a massima priorità dove cioè il bisogno sanitario si incrocia in termini di rilevanza con il bisogno socio economico.

In questi termini le azioni relative alla sanità di iniziativa e il miglioramento della qualità dei servizi erogati.



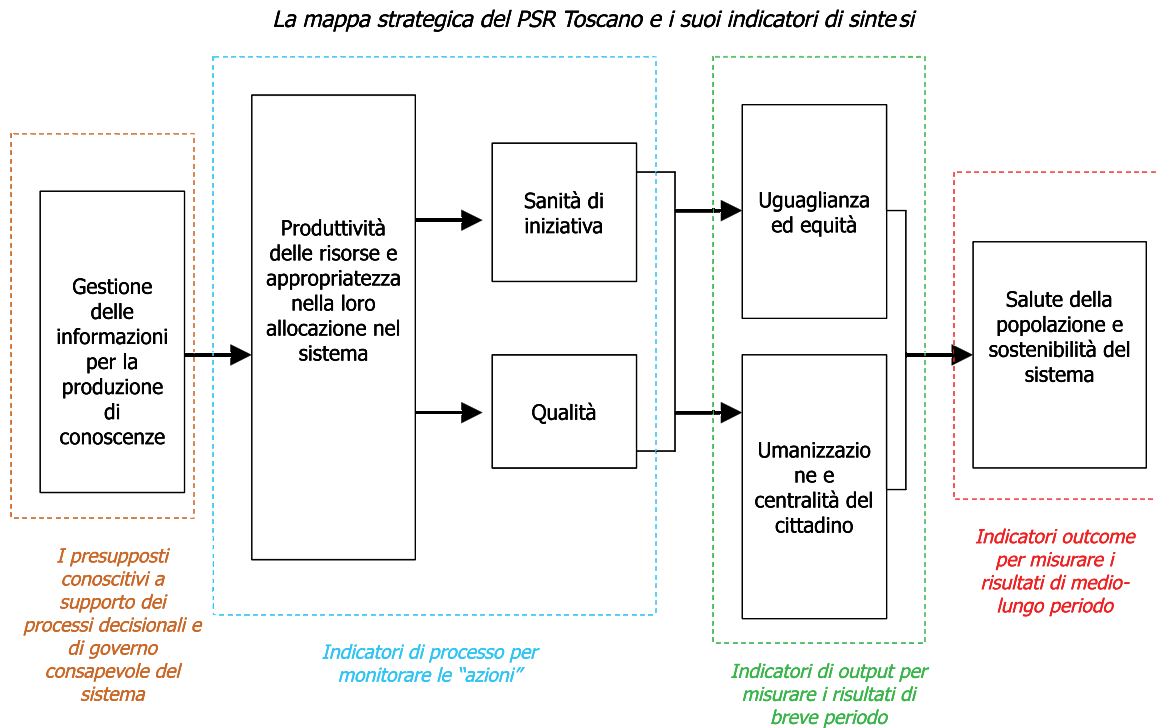


Fig. 2 – Mappa strategica

Mediante gli indicatori di sintesi e gli obiettivi strategici si intende perseguire un miglioramento negli output, ossia una maggiore uguaglianza ed equità, ma anche una focalizzazione in termini di risposta ai bisogni di umanizzazione dei servizi resi.

Come già accennato, in linea con le evidenze emerse dal sistema di valutazione della performance adottato in Toscana fin dal 2005, che dimostrano come la definizione di parametri di misurazione e obiettivi quantitativi siano fondamentali per dettare il passo del cambiamento nelle organizzazioni sociosanitarie, il PSR 2008-2010 ha voluto integrare la valutazione nel processo complessivo di pianificazione per garantire maggiore efficacia all'azione del sistema.

In questo senso, sia nella mappa strategica, ma anche in molti punti del PSR si fa riferimento sistematico ad un sistema di misure che possa di volta in volta supportare il management nei processi decisionali, sia a livello aziendale, sia a livello di zona-distretto. In tale contesto è ovvio che le zone-distretto rispondano in maniera strategica a tutta la parte che riguarda la sanità del territorio e le aree di integrazione sociosanitaria. In particolare le zone-distretto rispondono in maniera prioritaria attraverso il loro contributo nelle "azioni", con particolare riferimento alla sanità territoriale e quindi alla sanità di iniziativa e al sociosanitario, e alla non autosufficienza, e nel livello di "output" attraverso invece obiettivi quali centralità del cittadino, con strategie ad esempio di continuità assistenziale e di equità di accesso.

Questa impostazione viene ripresa e formalizzata nella revisione della legge regionale 40/2005 che nell'articolo 2 prevede la definizione stessa del termine valutazione, quale "il complesso degli strumenti che la Regione e i soggetti del sistema adottano per verificare il raggiungimento degli obiettivi della programmazione, ossia i risultati conseguiti misurabili in termini di livelli di salute della popolazione, efficacia e qualità delle cure, appropriatezza ed efficienza dei servizi erogati".

Negli articoli successivi si definiscono soggetti, obiettivi e livelli in cui si declina il processo di valutazione nel contesto sociosanitario regionale.

Nell'articolo 10 si afferma che alla Giunta Regionale spetta il compito di individuare "le procedure e le modalità di valutazione della qualità delle prestazioni e dei percorsi assistenziali con particolare riferimento ai seguenti profili:

- a) i risultati complessivi delle aziende sanitarie e delle società della salute in termini di appropriatezza, di soddisfazione dell'utenza e degli operatori, di economicità della gestione;
- b) i risultati specifici raggiunti dalle strutture organizzative aziendali ed in particolare dei dipartimenti assistenziali integrati delle aziende ospedaliero-universitarie in relazione agli obiettivi della programmazione aziendale ed alle funzioni attribuite all'azienda dalle disposizioni regionali;

b bis) i risultati specifici raggiunti dalle società della salute per l'organizzazione e l'erogazione di attività di assistenza territoriale, di prestazioni ad alta integrazione socio-sanitaria e di prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, individuate dalla programmazione regionale;

c) la qualità clinica delle prestazioni erogate, anche in relazione ad obiettivi di eccellenza".

Per quanto concerne l'oggetto della valutazione in molti passaggi della legge, laddove si affronta i temi della programmazione, viene sistematicamente aggiunto il complementare processo di verifica e valutazione dei risultati. Così l'articolo 18 e 19 affrontano gli strumenti di programmazione sociosanitaria a livello regionale ed il successivo articolo 20 definisce nello specifico gli strumenti di valutazione e monitoraggio, articolati nel livello regionale (rapporto annuali di monitoraggio e valutazione, nonché relazione sociale e sanitaria), a livello aziendale (relazione sanitaria aziendale) e a livello di SdS o Conferenza Zonale. Infine per quanto riguarda il soggetto preposto a predisporre l'elaborazione dei rapporti di valutazione e a seguire la definizione e l'elaborazione degli indicatori individuati dal sistema, l'articolo 20 bis indica che "nel quadro delle politiche di promozione della salute, al fine di definire gli strumenti e le procedure per la valutazione della programmazione sanitaria e sociale integrata e di individuare idonei strumenti di osservazione dello stato di salute, dell'evoluzione dei fenomeni sociali, dello stato dei servizi, la Giunta regionale determina i rapporti di collaborazione, oltre che con l'Istituto per la Prevenzione Oncologica (ISPO) e con l'ARS, con istituti universitari con specifica esperienza negli ambiti del management sanitario e sociale integrato, delle attività di formazione avanzata e della misurazione e valutazione della "performance" del sistema sanitario e sociale integrato e dei soggetti che lo costituiscono".

## 6. I PROSPETTI DI SINTESI DEI RISULTATI DELLE 34 ZONE-DISTRETTO TOSCANI DI S. NUTI, S. BARSANTI

Di seguito si riportano i bersagli di ciascuna delle 34 zone-distretto del sistema sanitario toscano, elencati per Azienda Sanitaria. Si è infatti ritenuto necessario dotare il management sanitario e i direttori delle aziende dello stesso strumento di governance utilizzato per la valutazione delle aziende. Tale prospetto non è certamente esaustivo, ma rappresenta una prima modalità con cui poter leggere efficacemente i risultati delle zone-distretto in maniera sintetica e chiara. Vari possono comunque essere gli strumenti di governance con i quali è possibile leggere in maniera critica i risultati delle zone ed il Laboratorio MeS, in collaborazione con la Direzione Regionale, sta già sperimentando altre forme di rappresentazione che siano in grado anche di dare una lettura dinamica dei fenomeni e dei processi in corso.

Gli indicatori si riferiscono all'anno 2008, tranne quelli appartenenti alla dimensione A. Per questa ultima dimensione di valutazione che si riferisce alla salute della popolazione e alle sue caratteristiche demografiche, sociali ed economiche varie sono state le difficoltà sia nel reperimento dei dati, sia, una volta avuto il dato, nell'aggiornamento del dato stesso e non è stato possibile avere indicatori per l'anno 2008. In ogni caso gli indicatori di questa area di valutazione non sono considerati come indicatori di performance, ma come indicatori attraverso i quali leggere ed interpretare il resto degli indicatori. Si precisa che la ASL 7 di Siena non ha partecipato all'indagine di clima interno nel 2008 per cui i bersagli per le zone distretto di tale azienda non hanno indicatori riferiti alla dimensione di valutazione interna, né alla dimensione relativa all'efficienza operativa.

Gli indicatori relativi alla farmaceutica territoriale non compaiono sul bersaglio perché non sono stati valutati, ma sono comunque consultabili sul sito web e commentati nella parte VIII del presente report.

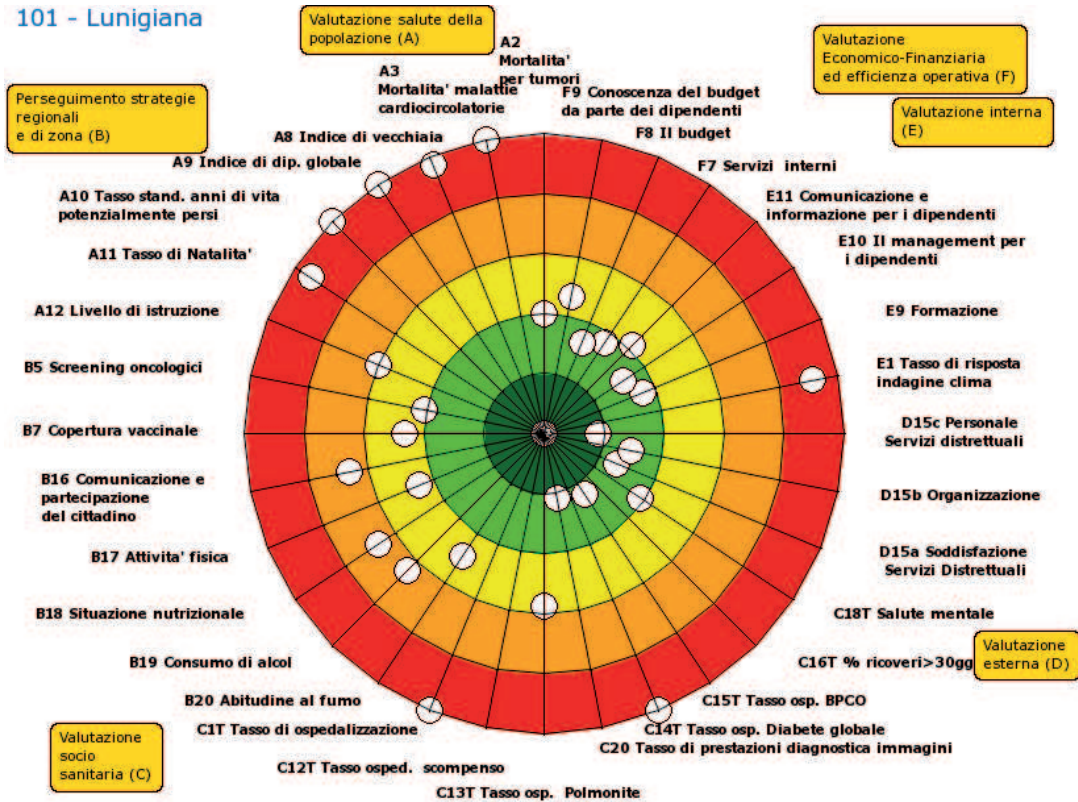
A partire dal 2007 il sistema di valutazione, sia aziendale che di zona-distretto, è accessibile per tutti gli operatori ed il management sanitario tramite password via web al seguente indirizzo <http://report.sssup.it>. Da luglio 2008 i dati relativi alle Aziende Sanitarie sono accessibili anche ai cittadini sul sito <http://www.valutazioneasantatoscana.sssup.it>.

Di seguito i bersagli delle zone-distretto per il 2008.

## 6.1 ASL 1 di Massa Carrara

### 6.1.1 La performance della zona-distretto Lunigiana

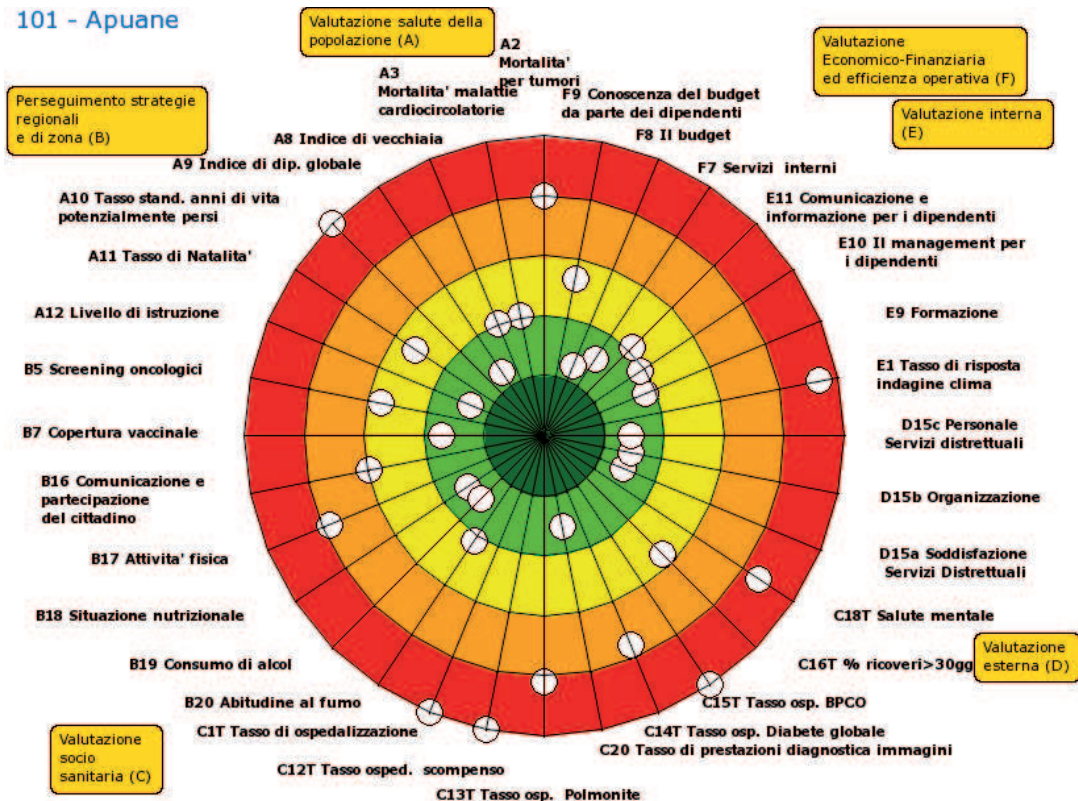
#### 101 - Lunigiana



Copyright Laboratorio Mes

### 6.1.2 La performance della zona-distretto Apuane

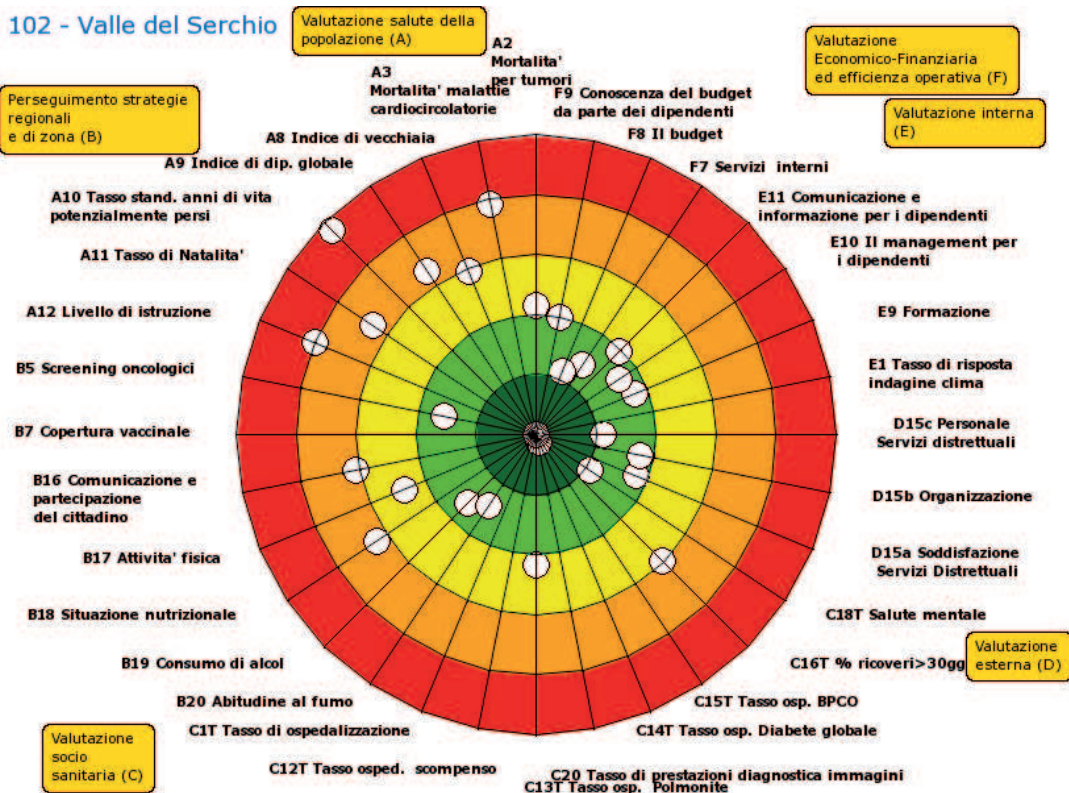
#### 101 - Apuane



Copyright Laboratorio Mes

## 6.2 ASL 2 di Lucca

### 6.2.1 La performance della zona-distretto Valle del Serchio



Copyright Laboratorio Mes

### 6.2.2 La performance della zona-distretto Piana di Lucca

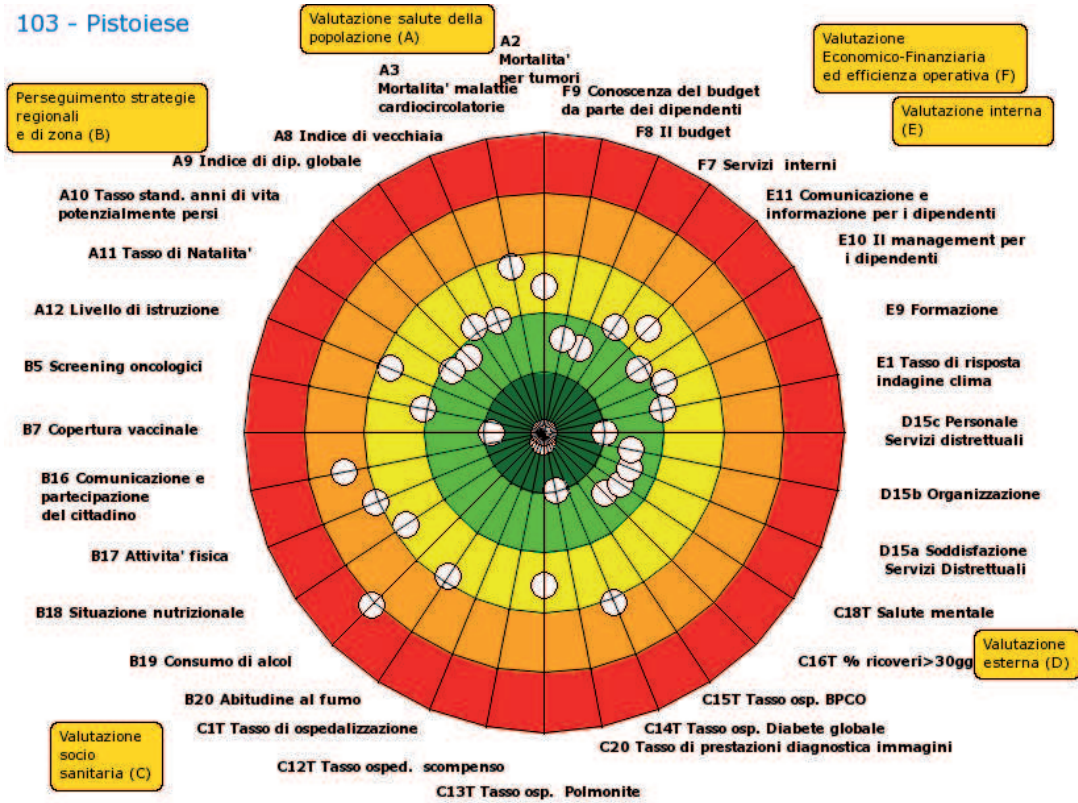


Copyright Laboratorio Mes

### 6.3 ASL 3 di Pistoia

#### 6.3.1 La performance della zona-distretto Pistoiese

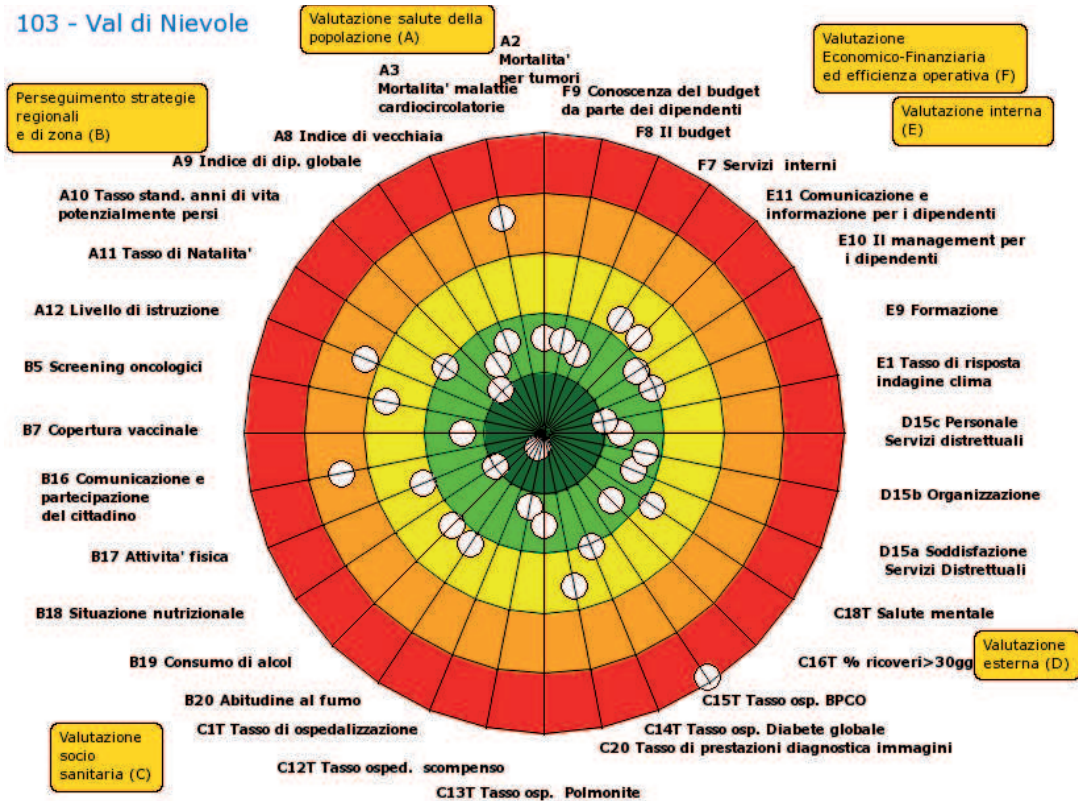
##### 103 - Pistoiese



Copyright Laboratorio Mes

#### 6.3.2 La performance della zona-distretto Val di Nievole

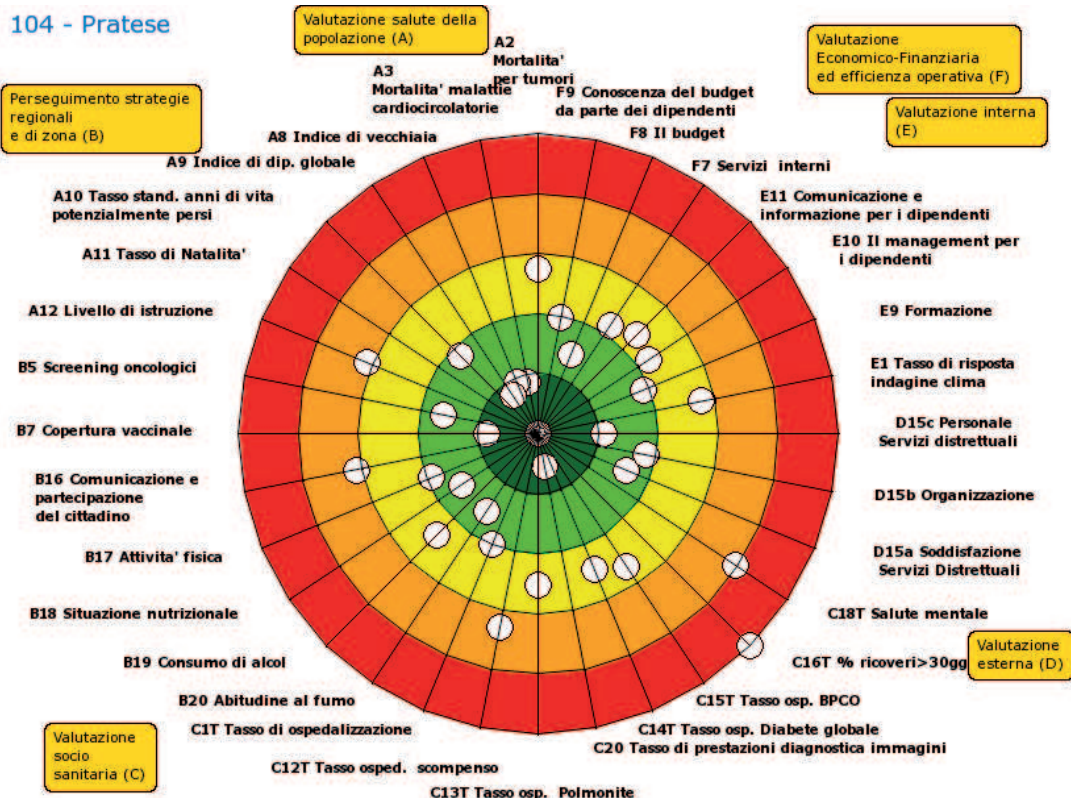
##### 103 - Val di Nievole



Copyright Laboratorio Mes

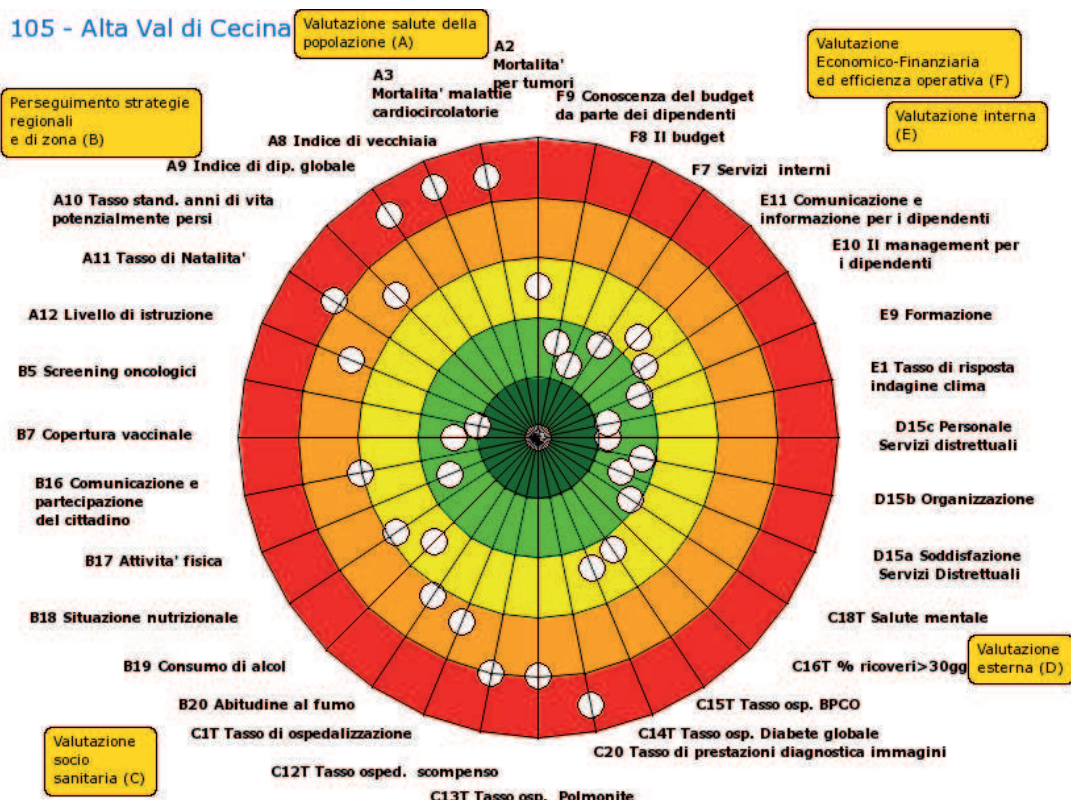
### 6.4 ASL 4 di Prato

#### 6.4.1 La performance della zona-distretto Pratese

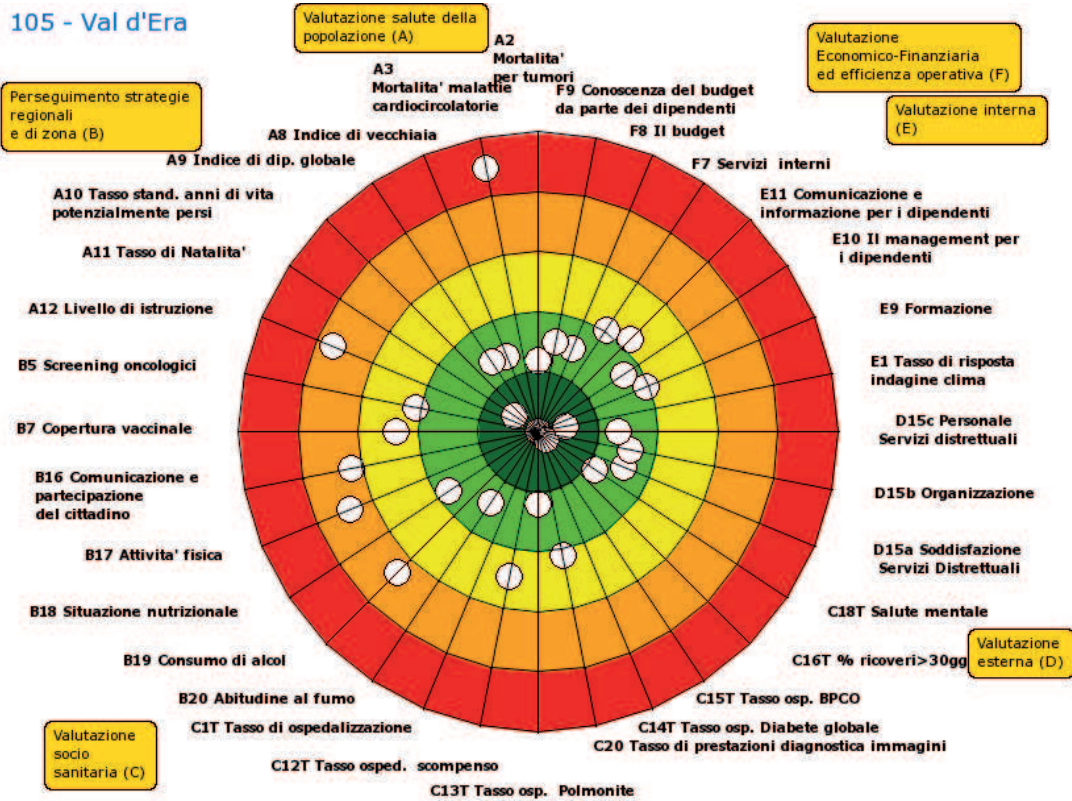


### 6.5 ASL 5 di Pisa

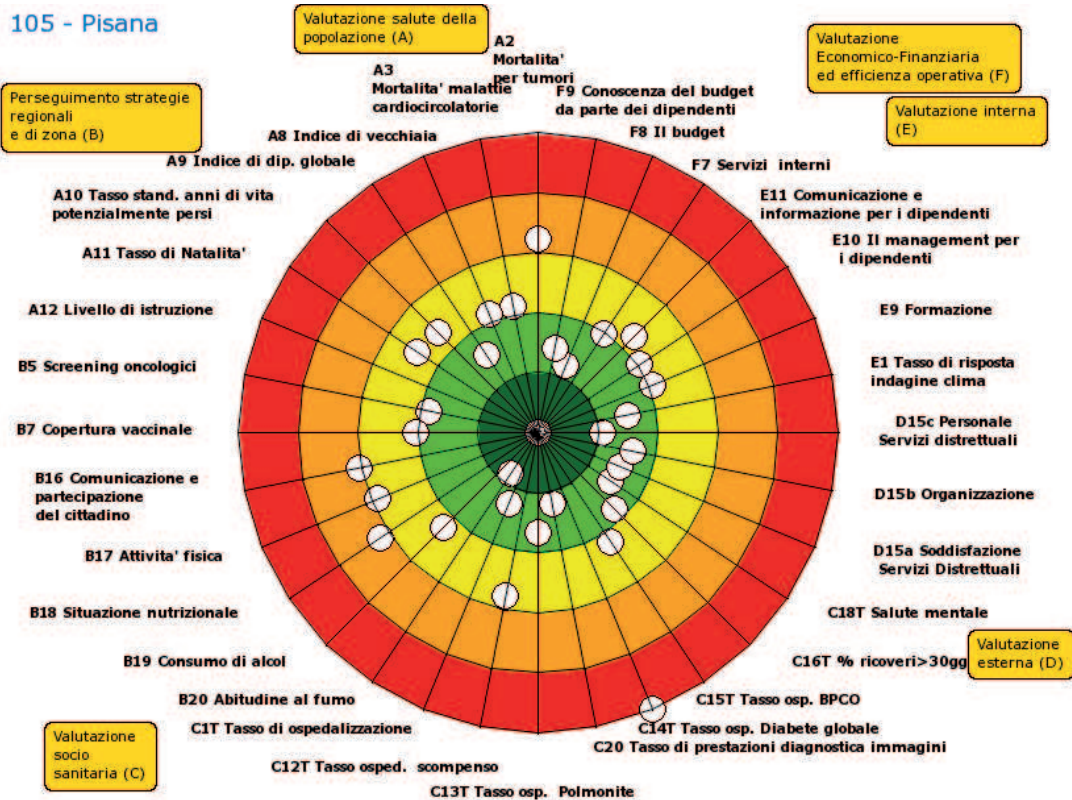
#### 6.5.1 La performance della zona-distretto Alta Val di Cecina



### 6.5.2 La performance della zona-distretto Val d'Era



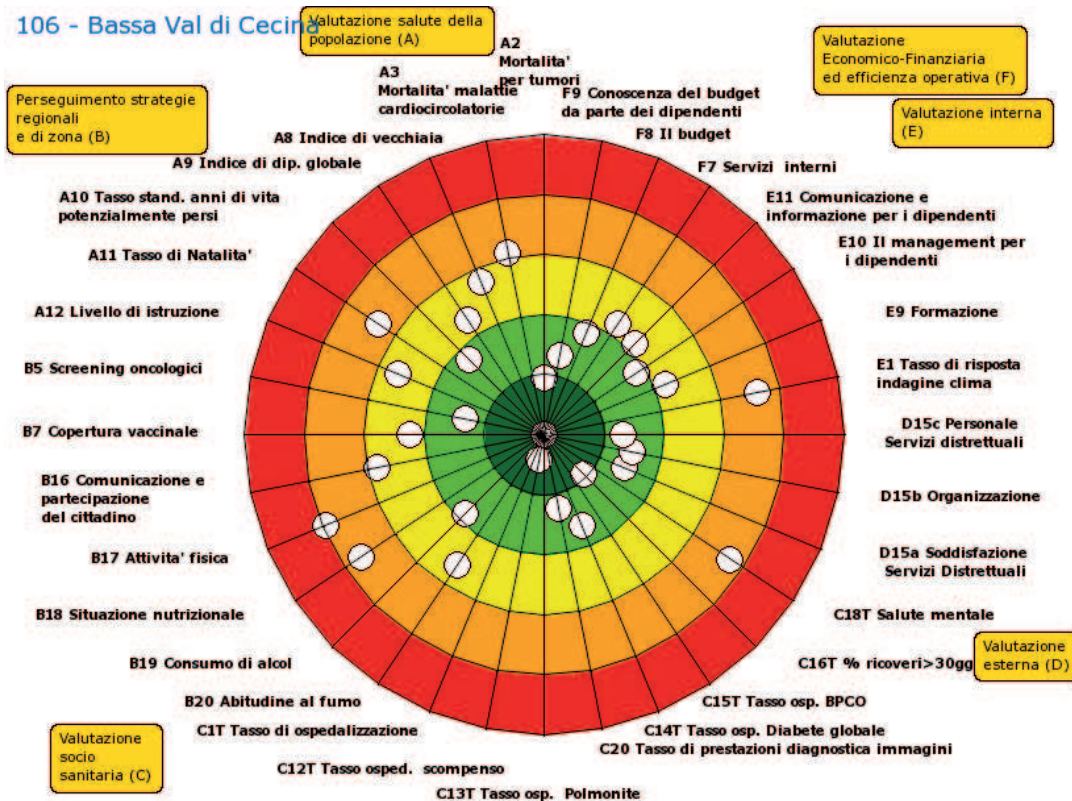
### 6.5.3 La performance della zona-distretto Pisana



## 6.6 ASL 6 di Livorno

### 6.6.1 La performance della zona-distretto Bassa Val di Cecina

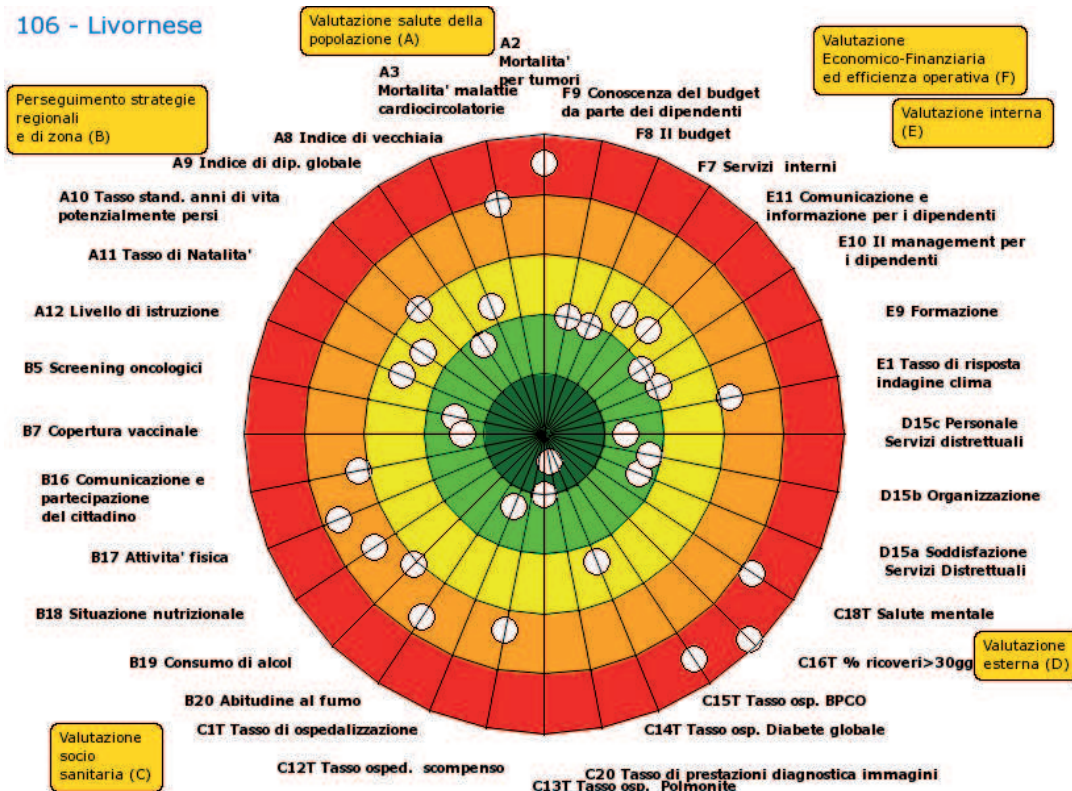
#### 106 - Bassa Val di Cecina



Copyright Laboratorio Mes

### 6.6.2 La performance della zona-distretto Livornese

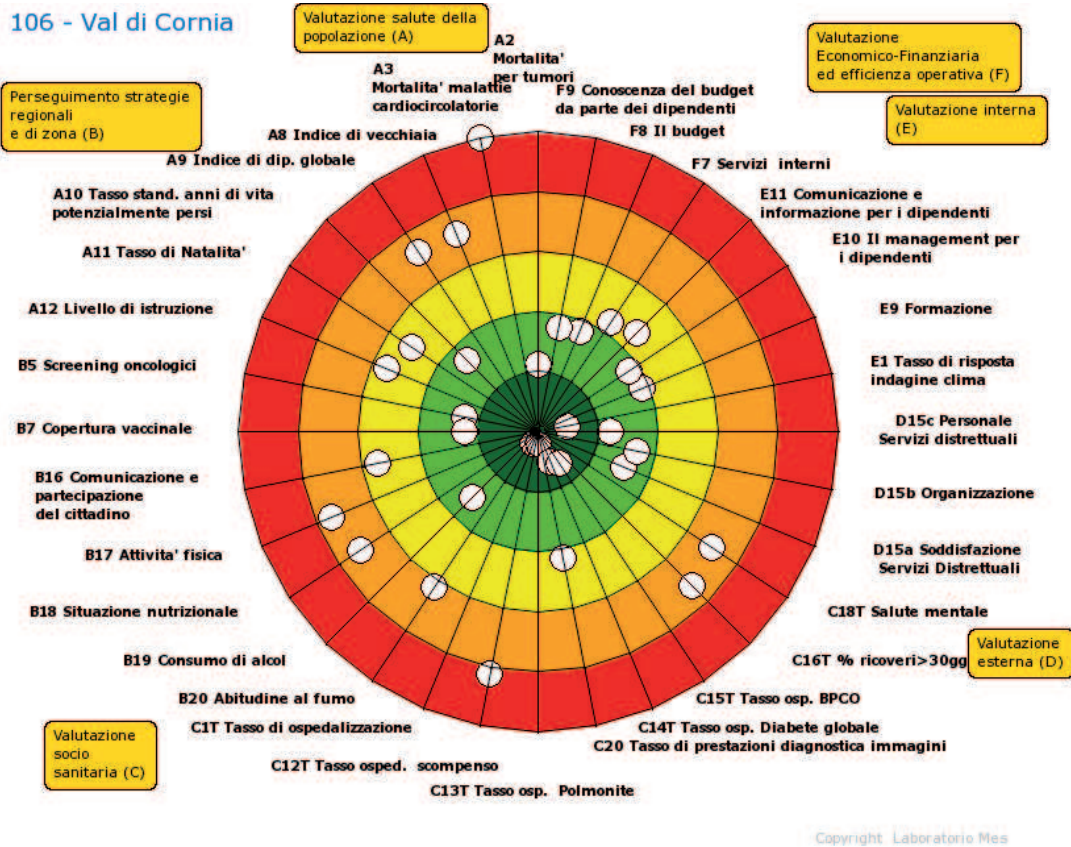
#### 106 - Livornese



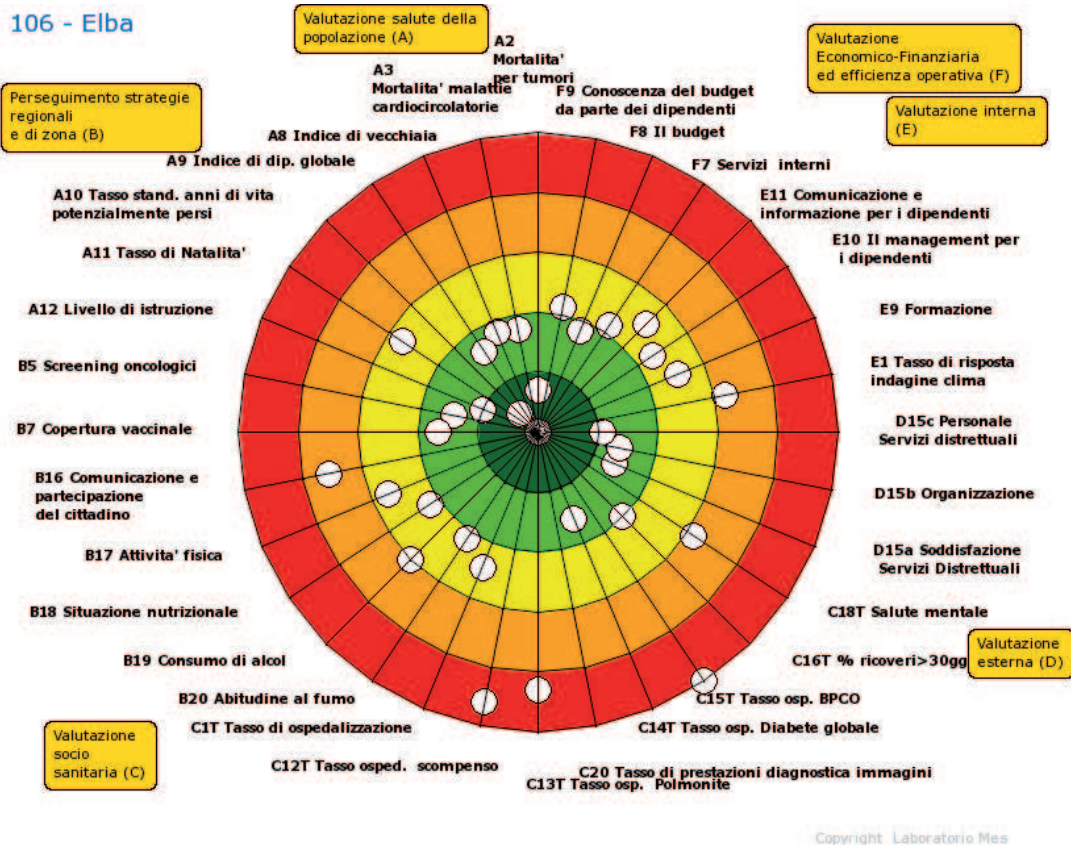
Copyright Laboratorio Mes



### 6.6.3 La performance della zona-distretto Val di Cornia

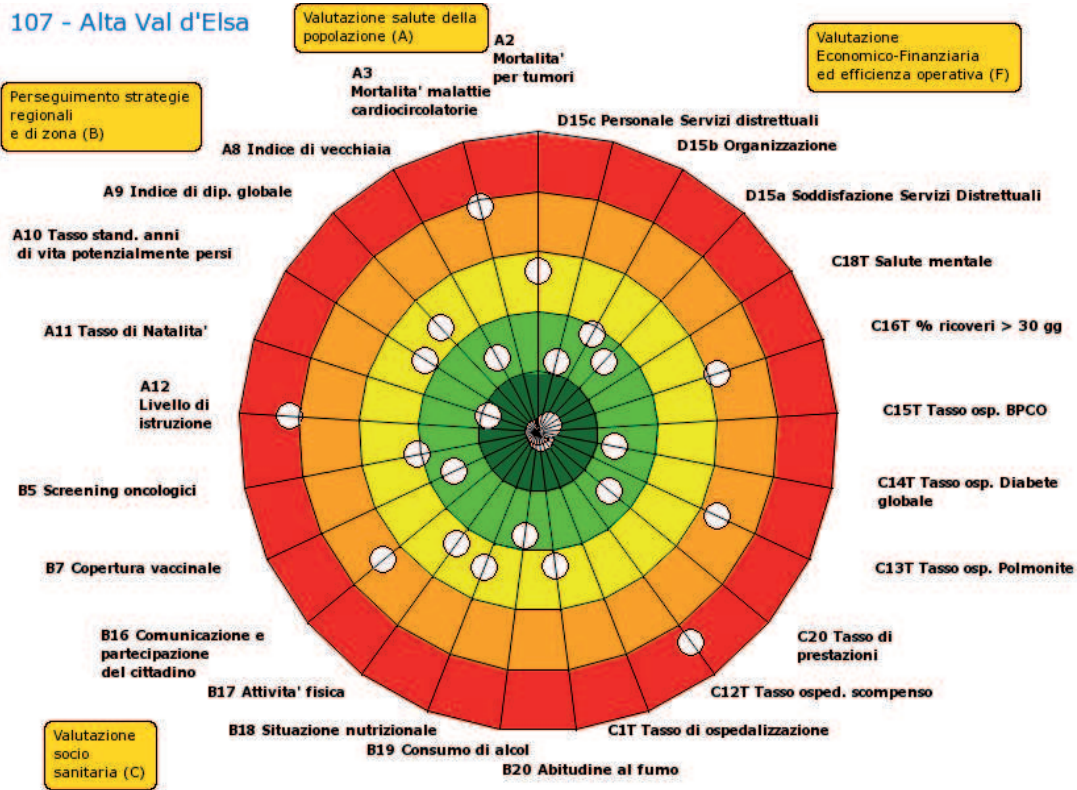


### 6.6.4 La performance della zona-distretto Elba



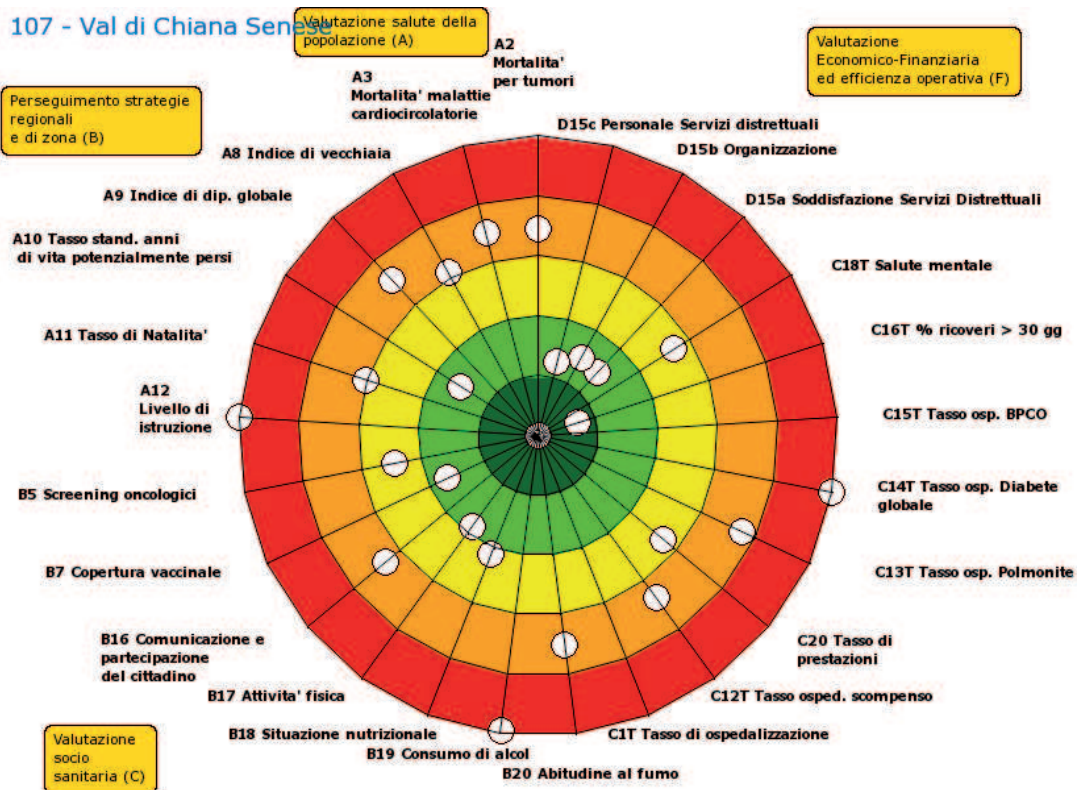
## 6.7 ASL 7 di Siena

### 6.7.1 La performance della zona-distretto Alta Val d'Elsa



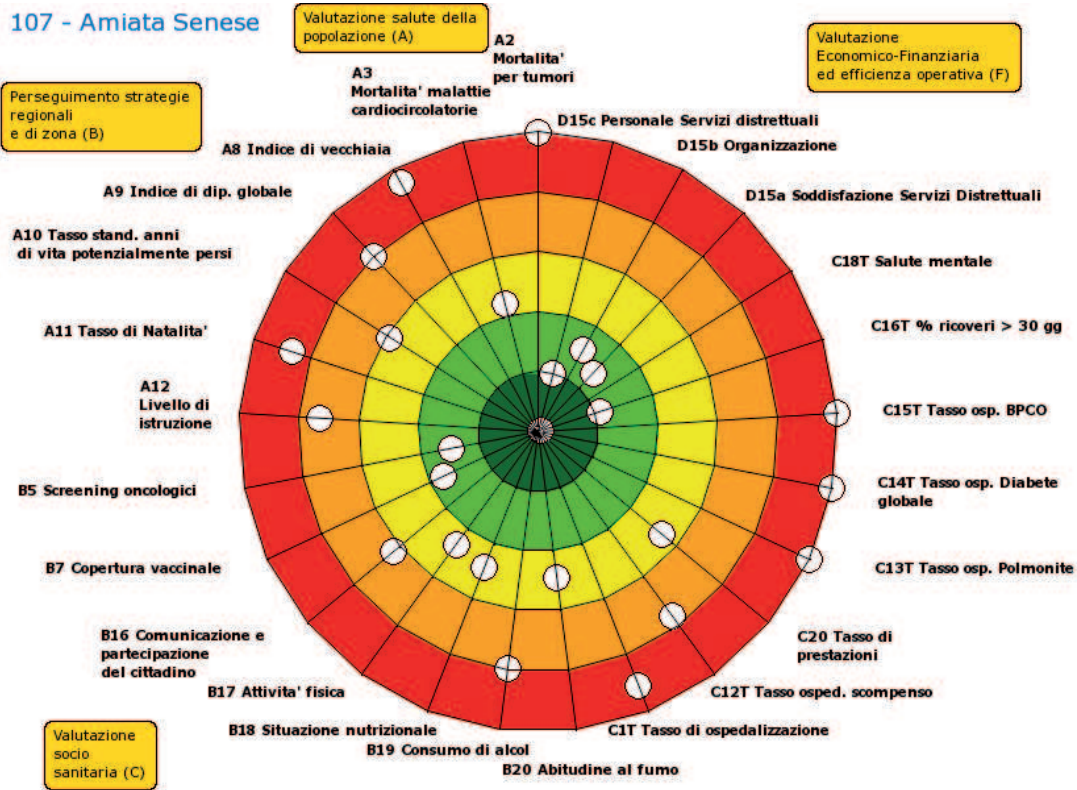
Copyright Laboratorio Mes

### 6.7.2 La performance della zona-distretto Val di Chiana Senese

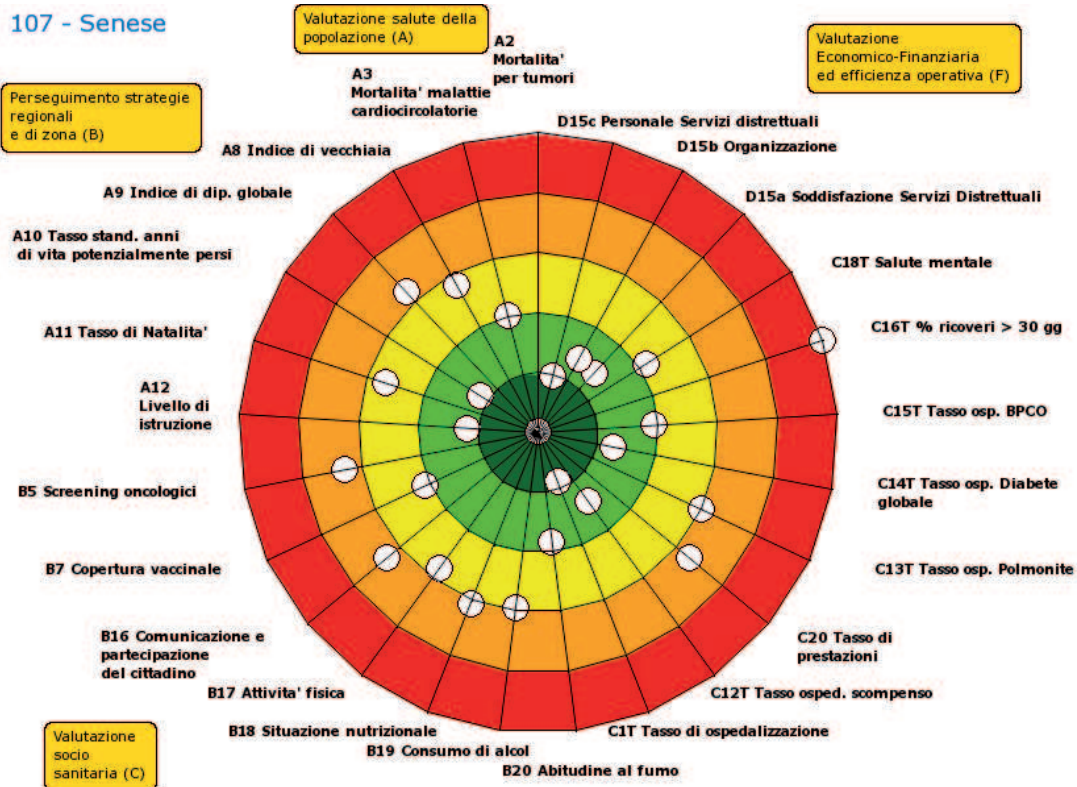


Copyright Laboratorio Mes

### 6.7.3 La performance della zona-distretto Amiata Senese



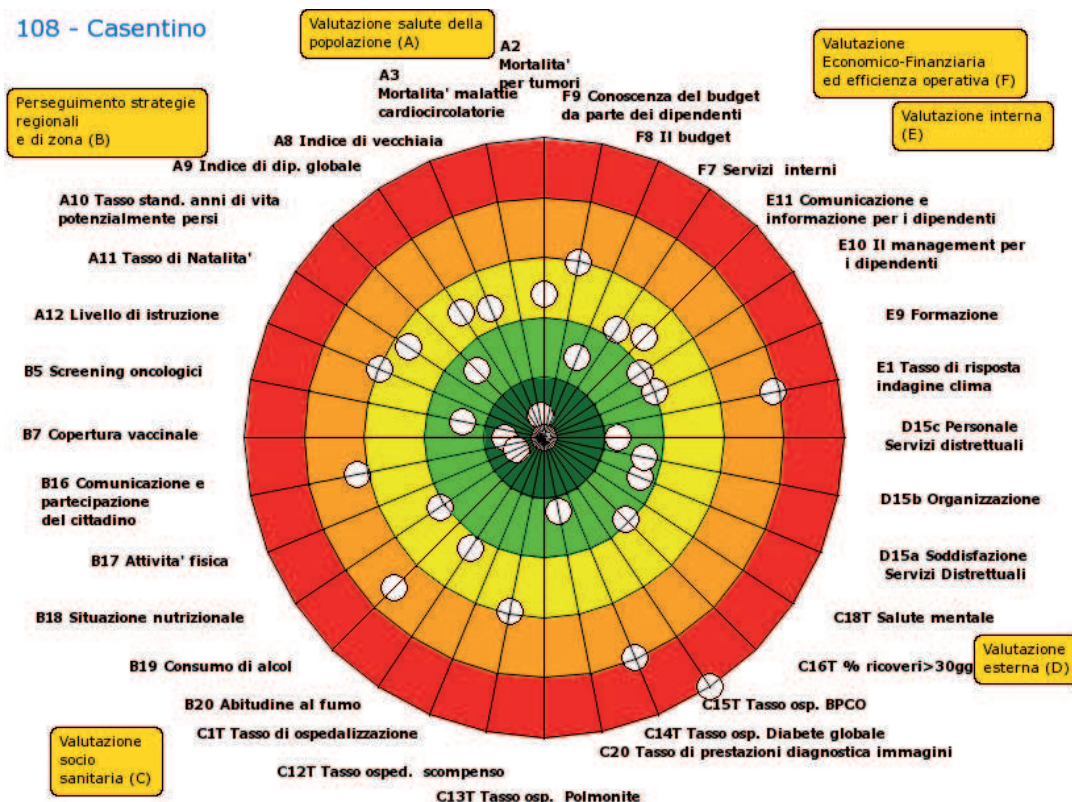
### 6.7.4 La performance della zona-distretto Senese



### 6.8 ASL 8 di Arezzo

#### 6.8.1 La performance della zona-distretto Casentino

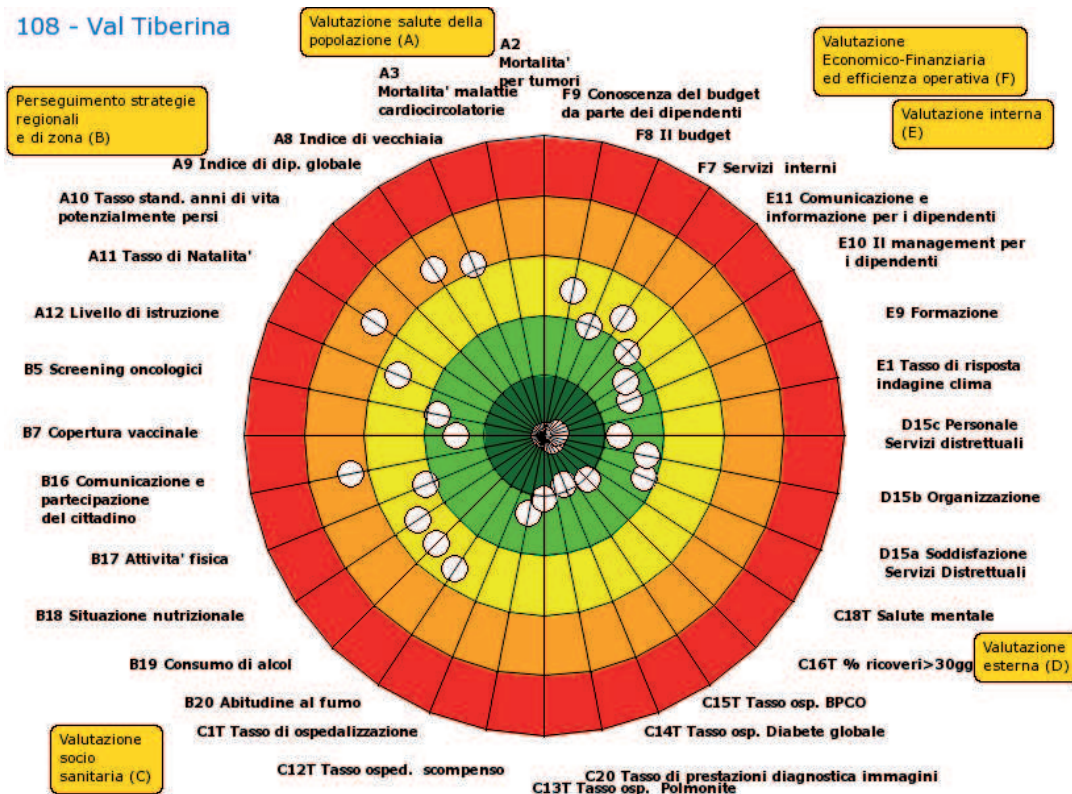
##### 108 - Casentino



Copyright Laboratorio Mes

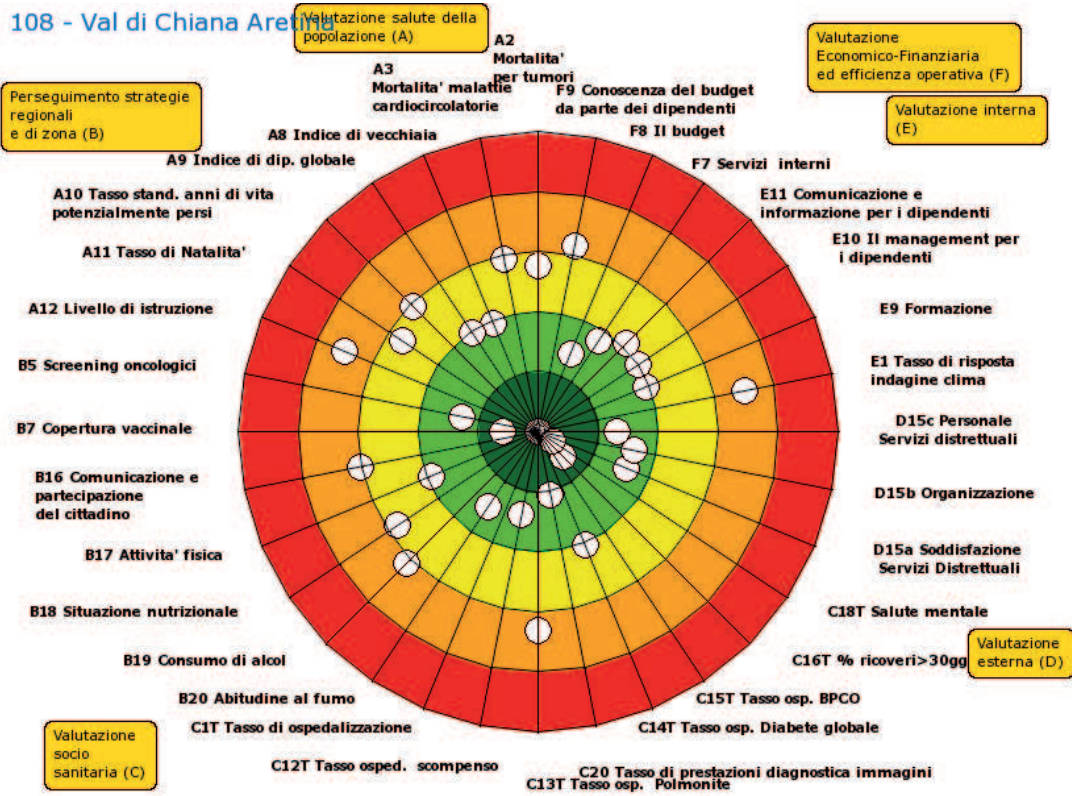
#### 6.8.2 La performance della zona-distretto Val Tiberina

##### 108 - Val Tiberina

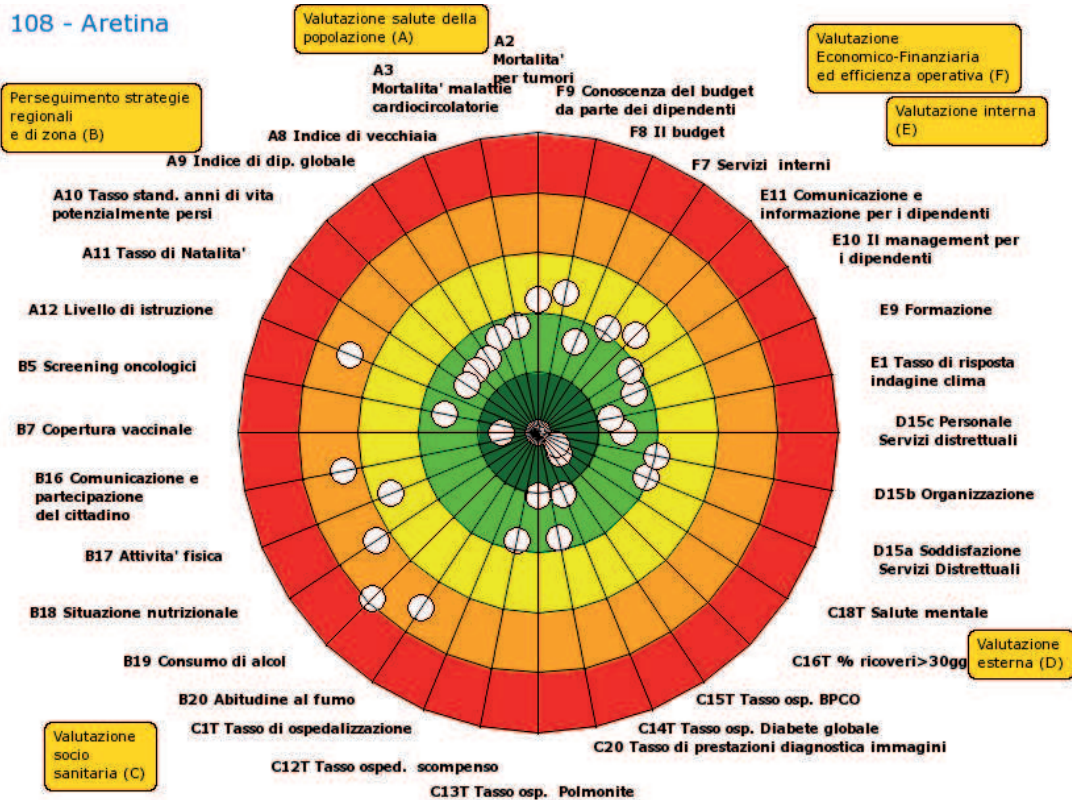


Copyright Laboratorio Mes

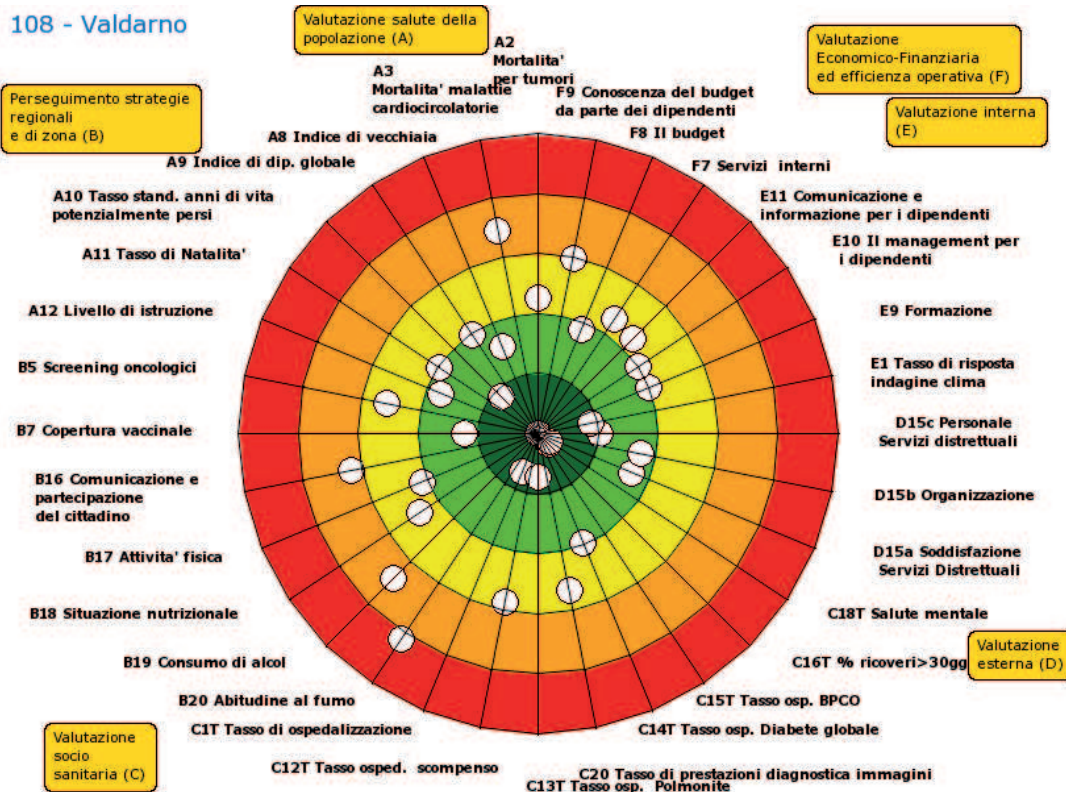
### 6.8.3 La performance della zona-distretto Val di Chiana Aretina



### 6.8.4 La performance della zona-distretto Aretina

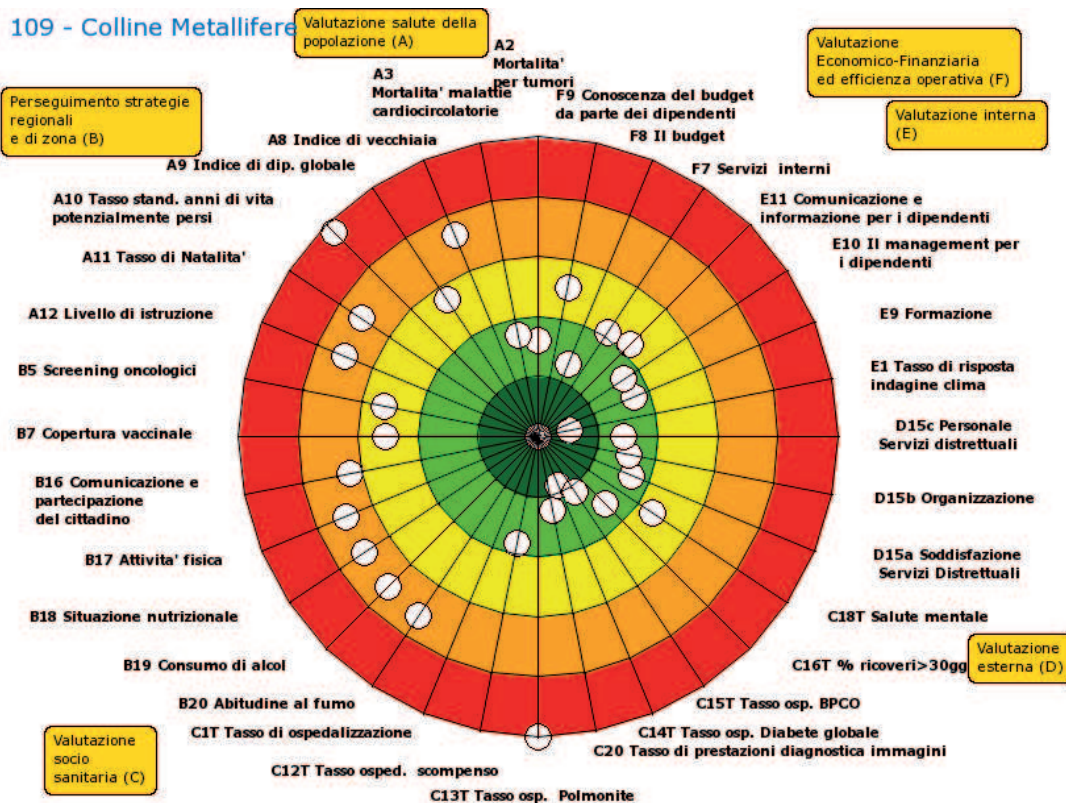


### 6.8.5 La performance della zona-distretto Valdarno



### 6.9 ASL 9 di Grosseto

#### 6.9.1 La performance della zona-distretto Colline Metallifere



### 6.9.2 La performance della zona-distretto Colline dell'Albegna

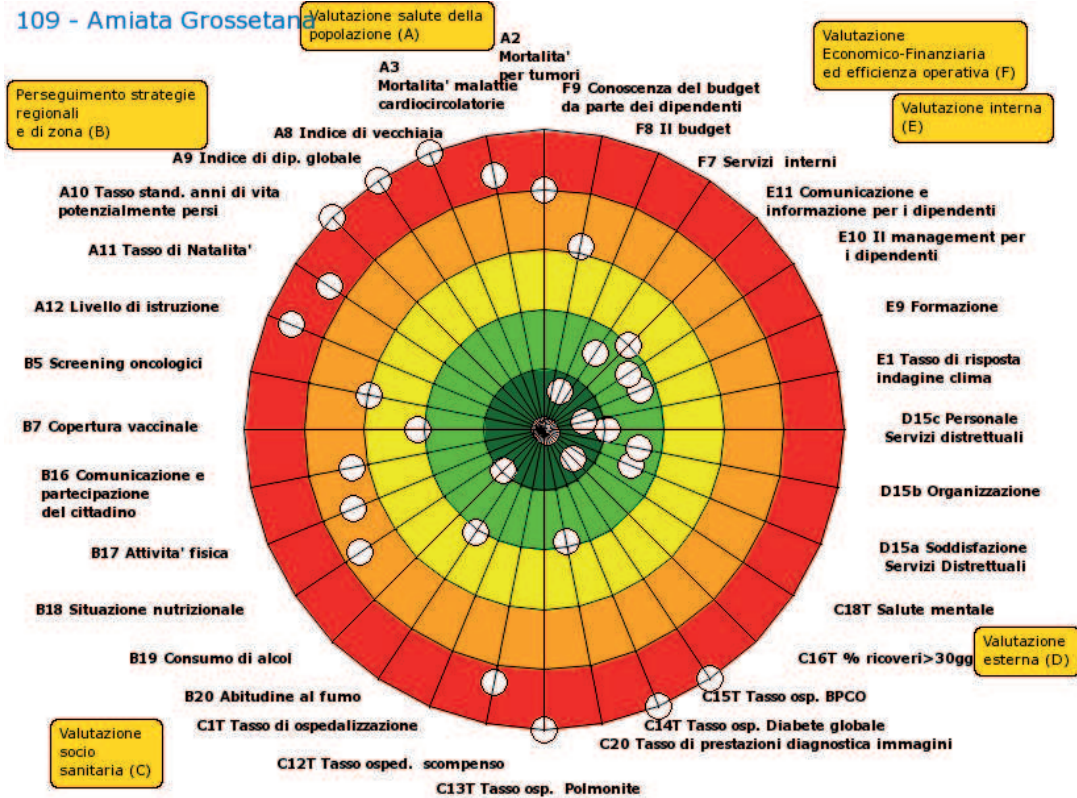
109 - Colline dell'Albegna



Copyright Laboratorio Mes

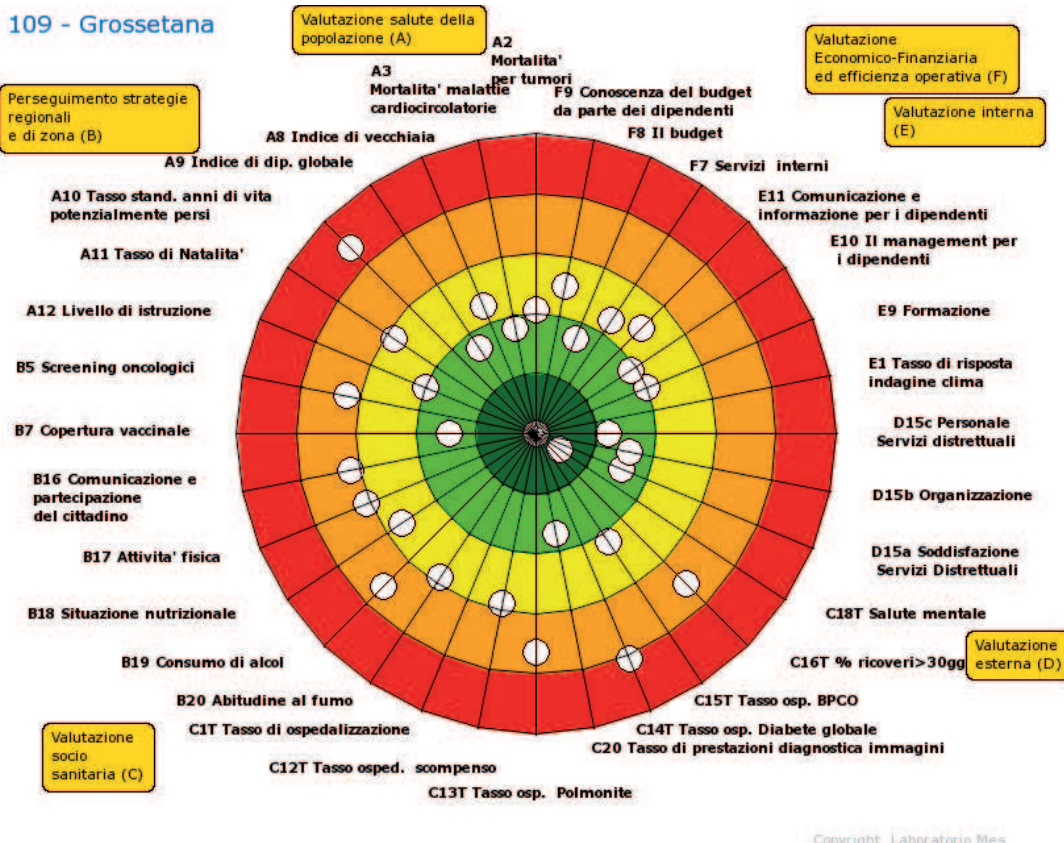
### 6.9.3 La performance della zona-distretto Amiata Grossetana

109 - Amiata Grossetana



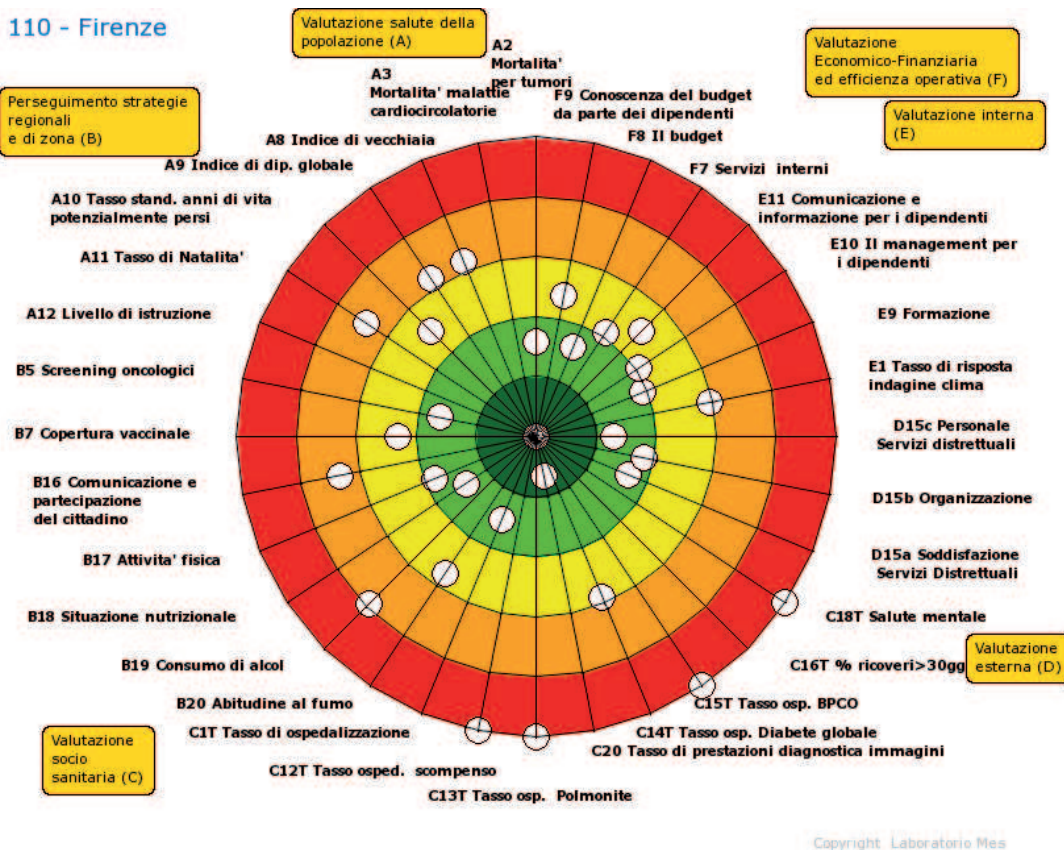
Copyright Laboratorio Mes

### 6.9.4 La performance della zona-distretto Grossetana



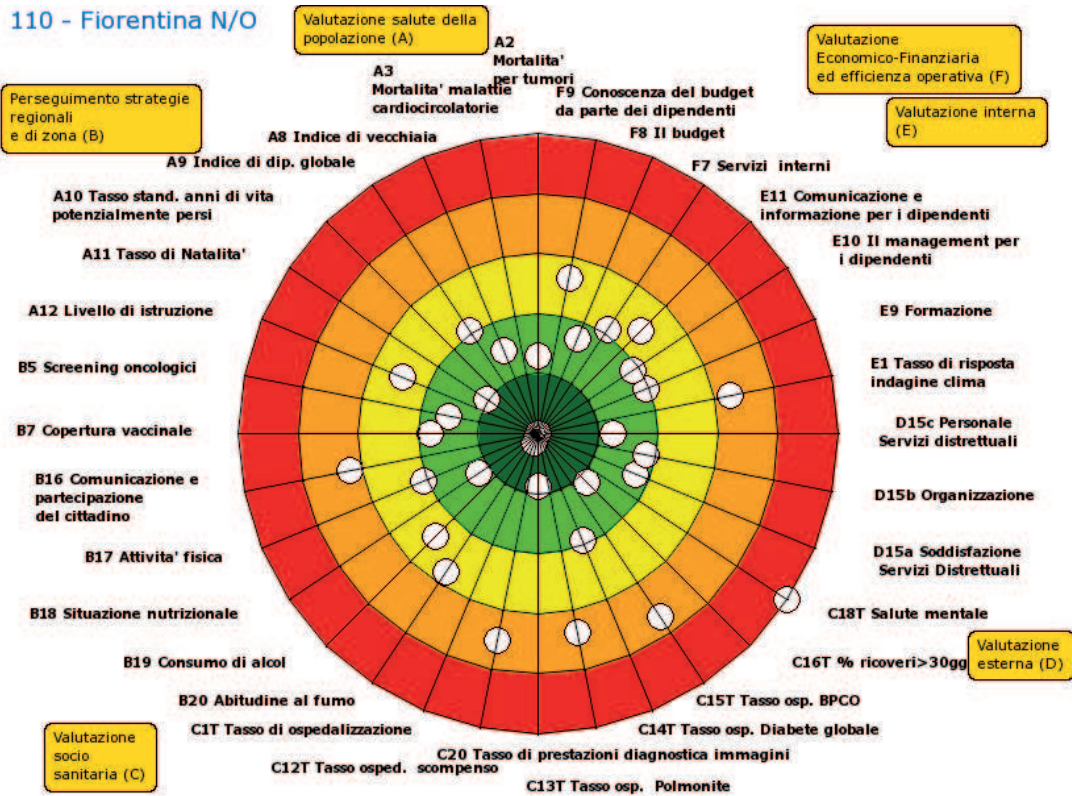
### 6.10 ASL 10 di Firenze

#### 6.10.1 La performance della zona-distretto Firenze

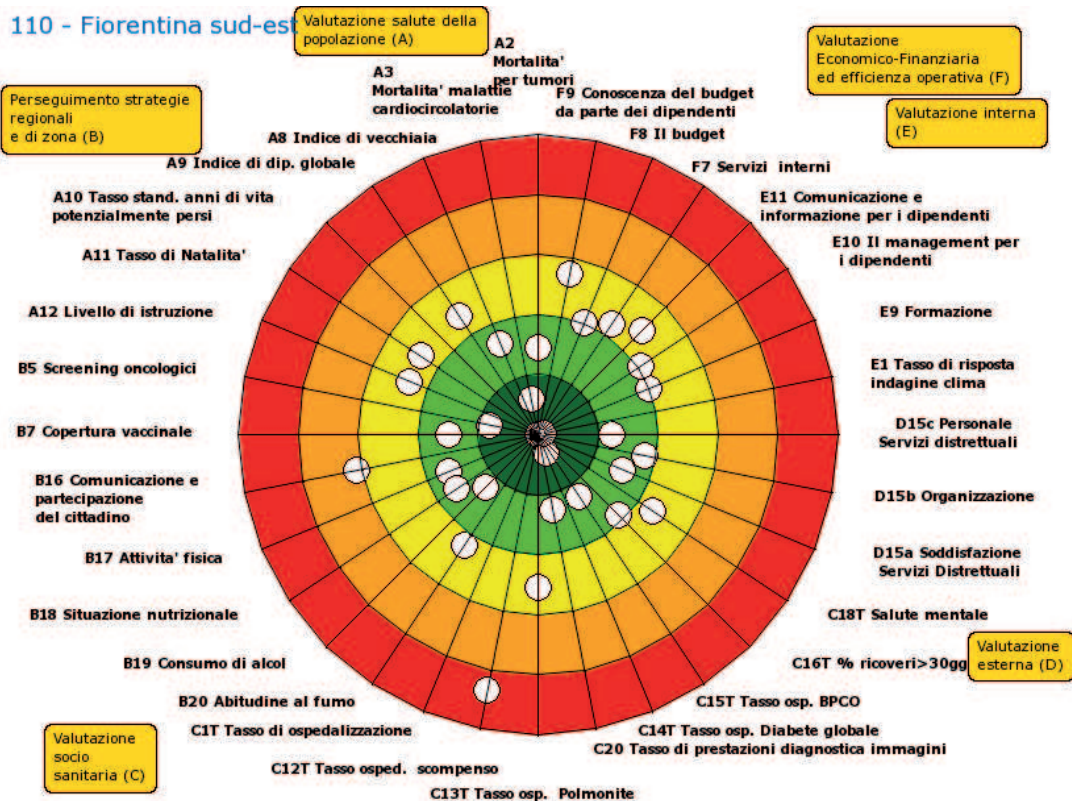




### 6.10.2 La performance della zona-distretto Fiorentina Nord-Ovest

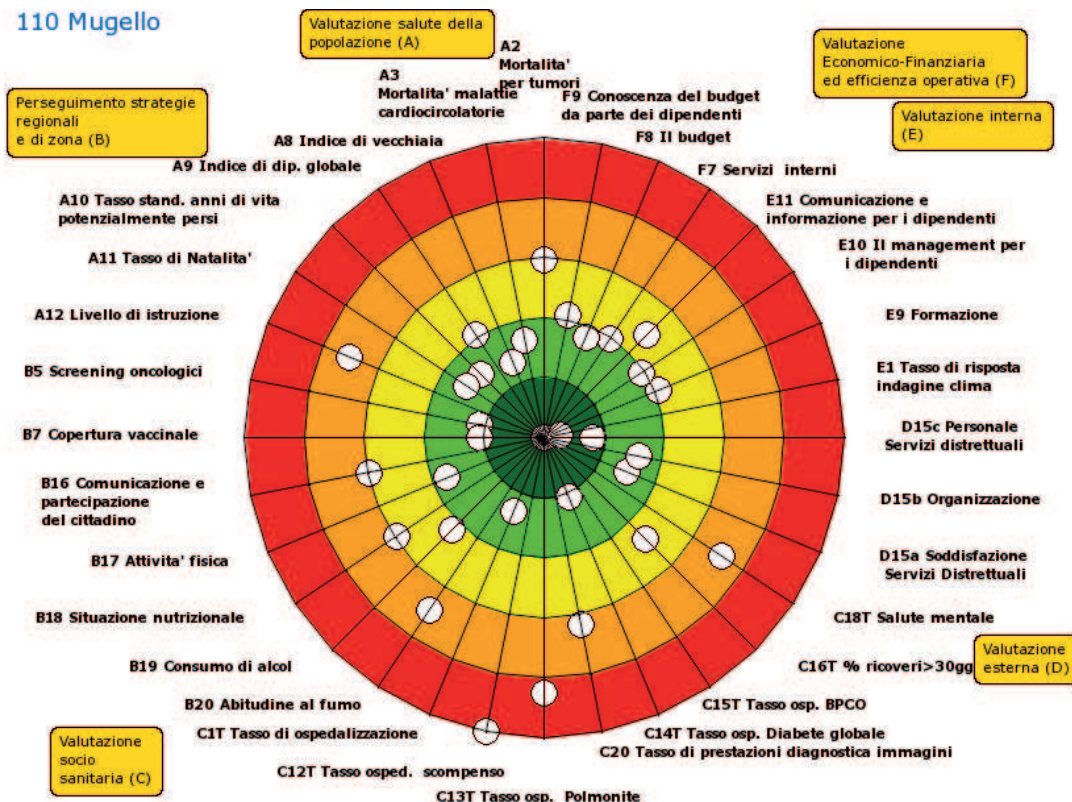


### 6.10.3 La performance della zona-distretto Fiorentina Sud-Est



### 6.10.4 La performance della zona-distretto Mugello

#### 110 Mugello

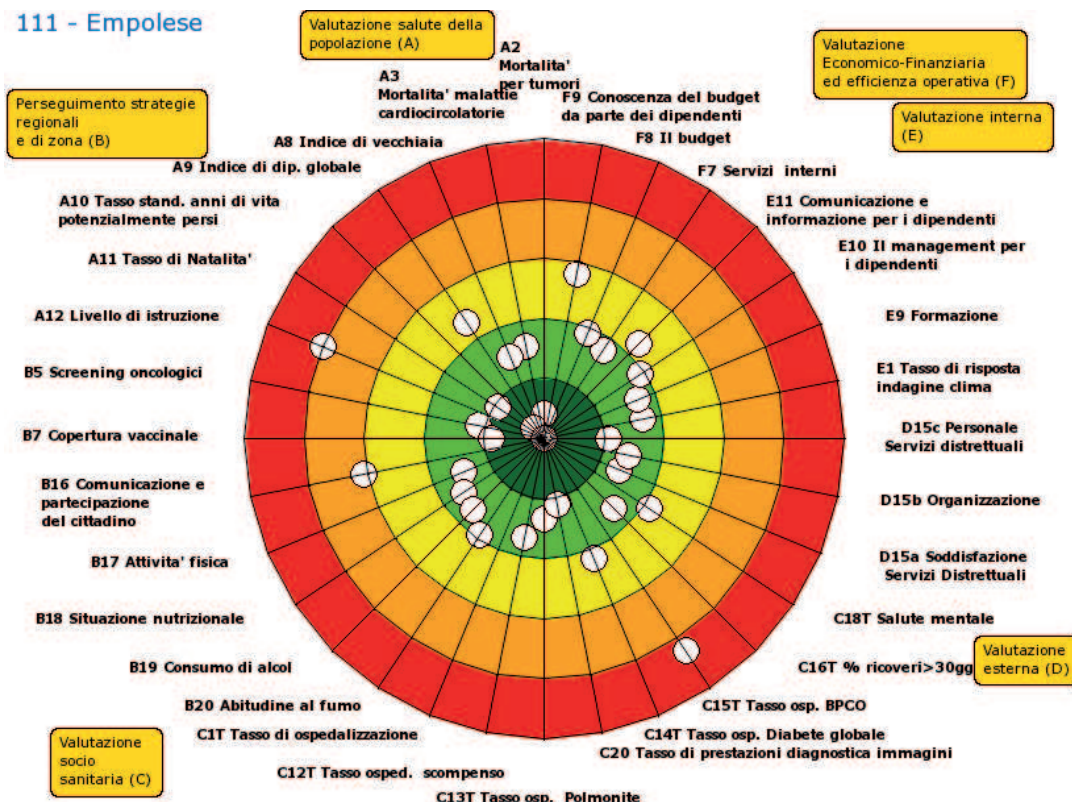


Copyright Laboratorio Mes

### 6.11 ASL 11 di Empoli

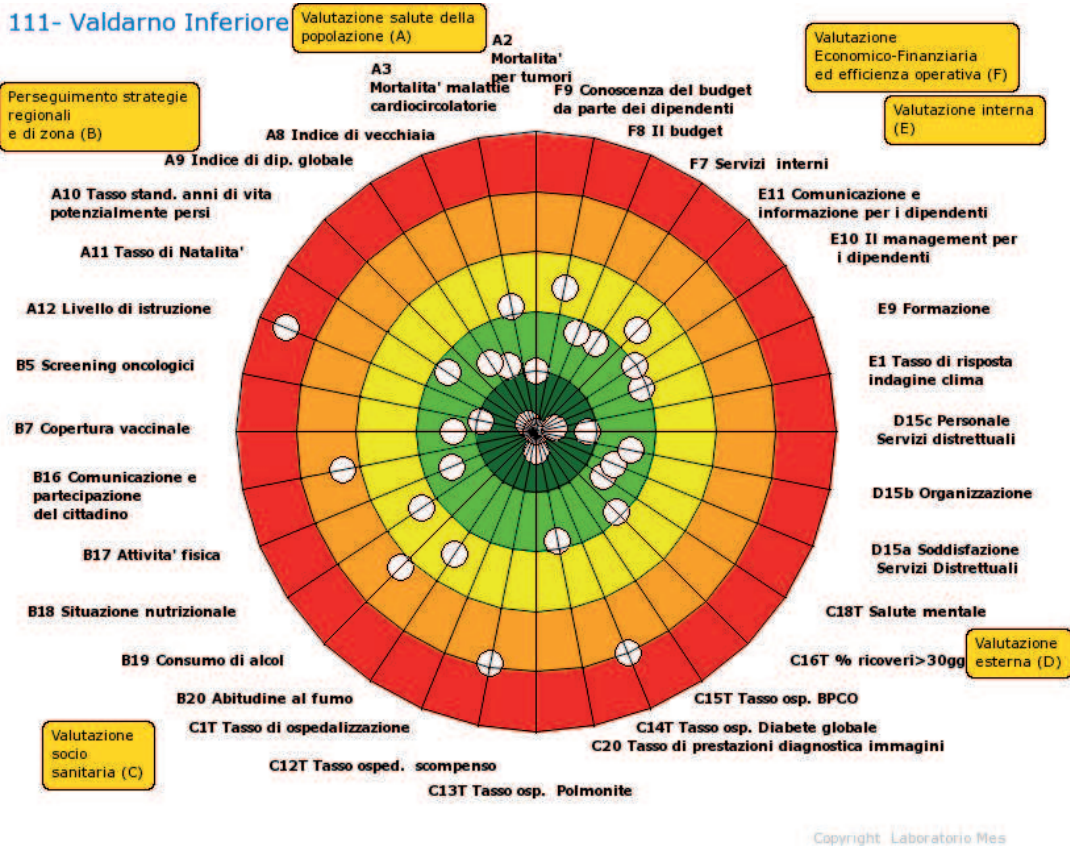
#### 6.11.1 La performance della zona-distretto Empolese

#### 111 - Empolese



Copyright Laboratorio Mes

## 6.11.2 La performance della zona-distretto Valdarno Inferiore



## 6.12 ASL 12 di Viareggio

### 6.12.1 La performance della zona-distretto Versilia

