

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

di **Sabina Nuti**

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

Nel 2006 la spesa pubblica destinata alla sanità in Toscana è stata pari a 6.100 milioni di euro, corrispondente a circa il 70% del budget di spesa complessivo della Regione. Il sistema sanitario regionale pubblico conta su più di 50.000 dipendenti ed i suoi servizi incidono enormemente sulla vita dei cittadini, sia in termini sociali, in quanto rappresentano una determinante rilevante della qualità di vita della persona, sia in termini economici come spesa che la collettività sostiene, ma infine anche come volano di sviluppo economico. Il sistema sanitario regionale infatti contribuisce in modo rilevante alla generazione dei redditi dell'economia toscana. Sulla base di uno studio realizzato dall'Irpet¹, se in Toscana non esistessero i servizi sanitari il PIL regionale risulterebbe inferiore del 7,5%, gli occupati sarebbero l'8% in meno e le importazioni regionali ed estere risulterebbero rispettivamente più basse del 4,5% e del 5,7%.

La rilevanza del sistema sanitario per una Regione è quindi tale da rendere estremamente critica e fondamentale la sua gestione, intesa sia in termini di capacità di fornire ai cittadini servizi ade-

guati in qualità e volume, sia in termini di sostenibilità economica che di impatto per lo sviluppo del territorio. La sua gestione rappresenta infatti sempre di più una tra le sfide più difficili per le amministrazioni pubbliche. Dal suo buon funzionamento e da una qualità adeguata dei servizi sanitari il cittadino basa in buona misura il suo giudizio per valutare i risultati conseguiti dall'amministrazione regionale. Si tratta di servizi "vicini" alla gente, che incidono pesantemente sulla vita delle persone, che coinvolgono direttamente e indirettamente tutta la popolazione.

Conseguentemente per le amministrazioni regionali poter contare su un sistema di misurazione dei risultati ottenuti dal sistema sanitario diventa, in questo contesto, un vero e proprio fondamentale strumento di governance che può incidere pesantemente sul successo politico di una amministrazione regionale.

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

¹ Cfr la Relazione Sanitaria Regione Toscana 2003-2005, parte seconda, cap.7 "Il sistema sanitario regionale: un attore importante del sistema economico toscano" a cura dell'Irpet, pag. 139-149.

breve periodo e dove il governo della spesa fosse integrato con le misure di risultato, con la finalità di evidenziare il valore prodotto per il cittadino (Mc Laughlin et al. 2000). Fondamentale è infatti che le risorse della collettività creino “valore”, ossia che siano adeguatamente utilizzate, con efficienza e appropriatezza, per fornire servizi di elevata qualità, garantendo l’accesso e l’equità.

Con questi presupposti il Laboratorio Management e Sanità, costituito dalla Scuola Superiore Sant’Anna in collaborazione con la Regione Toscana, ha progettato e implementato in tutte le Aziende sanitarie della Toscana il Sistema di Valutazione della Performance, per misurare la capacità di ogni Azienda di essere strategicamente efficace ed efficiente, sia rispetto al territorio in cui opera, sia nell’ambito del sistema regionale in cui è inserita.

Già nel Piano sanitario regionale 2002-2004 infatti, e poi successivamente nei piani sanitari regionali successivi, la Regione Toscana indicava gli obiettivi, i valori ed i principi operativi del modello toscano di sanità. Tra questi, sicuramente irrinunciabili il principio dell’universalità e della programmazione, dell’efficacia e dell’efficienza.

In particolare, la programmazione combinata con il sistema delle Aziende attraverso cui opera il sistema regionale sono stati ritenuti fondamentali per ottenere la corrispondenza tra i bisogni dei cittadini e la tipologia, la qualità e la quantità delle prestazioni erogate, evitando sprechi di risorse e garantendo l’appropriatezza dei servizi (Vedung E., 1997). Nel contesto della sanità pubblica le Aziende forse rappresentano gli unici strumenti che, se utilizzati con competenza, possono garantire il perseguimento della missione del sistema sanitario pubblico. Le Aziende rappresentano modalità potenti per organizzare l’azione, per orientare gli sforzi di tutte le componenti verso la finalità comune, che è il miglioramento

della salute dei cittadini, ma adottando logiche di economicità.

Pur basandosi sulle Aziende quali pilastri del sistema, nella Regione Toscana la competizione non è stata valutata auspicabile in primo luogo perché nei servizi sanitari l’utente è in condizioni di asimmetria rispetto ai soggetti erogatori, in secondo luogo perché vi è un altissimo rischio di “bruciare” risorse della comunità, ossia di duplicare investimenti soprattutto in tecnologie e macchinari per attirare la domanda in modo inappropriato. Nel sistema sanitario pubblico allora, perché le Aziende svolgano il loro ruolo in modo efficiente ed efficace, spetta alle Regioni e allo Stato attivare meccanismi che svolgano il ruolo che nel privato è svolto dalla competizione. Tra questi determinante è il sistema di valutazione dei risultati. Questo deve essere condiviso nelle linee e nelle modalità da tutti i soggetti che compongono il sistema, trasparente e chiaro, ma deve essere anche “inesorabile” nella sua oggettività, nel suo rigore, nella sua sistematicità.

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

In questo contesto, per supportare, valutare e valorizzare l’azione delle 12 Aziende sanitarie locali e delle 4 Aziende ospedaliere universitarie² quali soggetti fondamentali del sistema, responsabili della realizzazione degli orientamenti regionali, la Toscana ha ipotizzato fin dal 2002 l’attivazione di un sistema per monitorarne la performance, prevedendo la misurazione di molteplici variabili rilevanti nel perseguimento degli obiettivi strategici regionali.

2. LA STORIA DEL SISTEMA

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

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

to al gruppo di ricerca della Scuola Superiore Sant'Anna³ l'incarico di predisporre un progetto di prefattibilità per un sistema di valutazione e valorizzazione della performance delle Aziende sanitarie toscane.

Successivamente, con decreto n. 3065/2003, ha richiesto una prima implementazione del sistema alla Scuola Superiore Sant'Anna selezionando quattro Aziende sanitarie in cui avviare la sperimentazione, ossia l'Azienda Usl 3 di Pistoia, l'Azienda Usl 5 di Pisa, l'Azienda Usl 8 di Arezzo e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana. Queste Aziende sanitarie furono scelte perché:

- rappresentative delle tre aree vaste toscane;
- simili in termini di dimensioni e tipologia di servizi offerti⁴;
- la Ausl 5 di Pisa e l'Aou Pisana quali realtà rappresentative la prima delle Aziende sanitarie che hanno nel proprio territorio la presenza di un'Azienda ospedaliero-universitaria, la seconda di un'Azienda con una missione diversa dalle Aziende sanitarie territoriali, in cui accanto all'assistenza sono obbiettivi strategici anche la ricerca e la didattica.

La sperimentazione attivata nel 2004 nelle prime quattro Aziende sanitarie selezionate, inoltre, è stata impostata in modo da garantire la replicabilità successiva del sistema nelle altre realtà Aziendali sanitarie toscane che hanno iniziato l'implementazione a conclusione della prima fase di sperimentazione. L'approccio che ha contraddistinto la metodologia di lavoro adottata è stato multidisciplinare, teso alla valorizzazione di tutti i dati, le informazioni e gli strumenti di valutazione già esistenti ed utilizzati dalla Regione e dalle Aziende coinvolte.

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

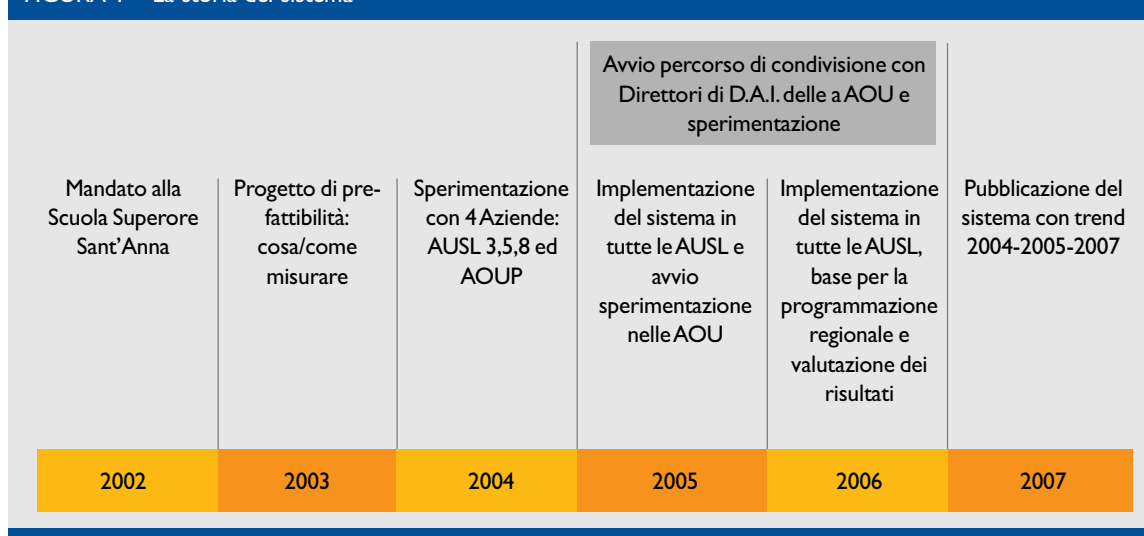
coinvolte e la Regione stessa hanno ritenuto assai soddisfacenti i risultati ottenuti ed il sistema nel 2005 è stato implementato in tutte le Aziende territoriali della Regione. Per quanto concerne le realtà ospedaliero universitarie è stato ritenuto necessario attivare un processo ulteriore di coinvolgimento dei professionisti medici per valutare l'opportunità di inserire nel sistema elementi di specificità rispetto alla missione di questa tipologia di Aziende. In questo stesso anno il Laboratorio Management e Sanità ha dato, quindi, avvio ad un percorso formativo modulare regionale, in cui sono stati coinvolti i circa cinquanta direttori di dipartimento ad attività integrata delle quattro Aziende ospedaliero universitarie di Pisa, Siena, Firenze (Careggi e Meyer). Questa iniziativa prevedeva nella prima fase tre momenti di due giornate ciascuno in cui, in due edizioni miste, i direttori Dai hanno approfondito e discusso il processo di evoluzione in atto nel sistema sanitario toscano, la dinamica economico finanziaria e l'assetto organizzativo dipartimentale delle Aziende ospedaliero universitarie. Nella seconda parte del percorso formativo i partecipanti, con il supporto di docenti della facoltà di economia dei tre atenei toscani⁵ e della Scuola Superiore Sant'Anna nel ruolo di facilitatori, hanno attivato dei "laboratori", ossia dei gruppi di lavoro che hanno approfondito per specialità la tematica degli indicatori di performance, individuando una rosa di indicatori specifici soprattutto per la componente sanitaria. Questo percorso si è concluso a marzo 2006 con la presentazione pubblica di un rapporto in cui sono stati presentati dai partecipanti stessi gli indicatori individuati e calcolati (più di 200) per le realtà toscane. Questo rapporto è stato successivamente discusso e approfondito dal gruppo di ricerca del Laboratorio Mana-

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

⁴ Nel sistema sanitario toscano le Aziende sanitarie locali gestiscono a livello territoriale tutti e tre i livelli assistenziali ossia prevenzione, attività territoriali e ospedali di primo e secondo livello. Le Aziende ospedaliere universitarie sono quattro (Siena, Pisa, Careggi di Firenze e Meyer) e sono integrate con i tre atenei di Siena, Pisa e Firenze. A loro è affidata l'assistenza di terzo livello di Area Vasta e l'assistenza ospedaliera per i cittadini o parte di essi che risiedono nel capoluogo in cui insistono.

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

FIGURA I – La storia del sistema



gement e Sanità con le direzioni Aziendali delle Aziende ospedaliero universitarie di Careggi, Meyer, Pisa e Siena, fino a pervenire ad una sintesi condivisa a livello regionale che ha permesso, nel mese di luglio del 2006, la predisposizione di un primo report pilota per le Aziende ospedaliero universitarie. Nel secondo semestre del 2006 il sistema di valutazione della performance è entrato a regime anche nelle realtà ospedaliero universitarie della Toscana con l'elaborazione di alcuni indicatori specifici coerenti con la missione svolta nel sistema sanitario. Nel mese di aprile del 2007 il report relativo alla performance delle quattro Aziende ospedaliero universitarie relativo ai risultati conseguiti nel 2006 è stato consegnato per la prima volta ai rettori dei tre atenei di Pisa, Firenze e Siena.

Oggi il sistema è utilizzato in tutte le realtà Aziendali della Regione. Nel mese di luglio del 2007 è stato pubblicato il primo report relativo alla performance conseguita dalla sanità toscana nel 2006⁶ (Nutti, 2007) e reso disponibile alla Giunta e al Consiglio Regionale nonché ai cittadini che lo hanno richiesto. Entro il 2007 il sistema è stato reso disponibile su web per il management del sistema sanitario toscano e nel 2008 lo sarà per tutti i cittadini interessati.

3. LE FINALITÀ E LE MODALITÀ D'USO DEL SISTEMA

La finalità del sistema di valutazione della performance è stata, fin dalla sua progettazione iniziale, quella di fornire un quadro di sintesi dell'andamento della gestione delle Aziende sanitarie, utile non solo alla valutazione della performance conseguita, ma anche per la valorizzazione dei risultati ottenuti. Il sistema progettato ed implementato nelle quattro realtà pilota ha permesso di capire, inoltre, che lo strumento poteva diventare un mezzo fondamentale per supportare la funzione di governo soprattutto a livello regionale. Mediante il processo di valutazione della performance si è inteso quindi avviare quello di valorizzazione delle "best practices" delle Aziende sanitarie, mediante il quale i managers e le organizzazioni nel loro complesso potessero avere la continua opportunità di apprendere e crescere. La presentazione dei dati sempre in *benchmarking* tra le realtà Aziendali della Toscana facilita infatti il superamento dell'autoreferenzialità a favore del confronto, inteso come strumento fondamentale per verificare i risultati conseguiti e gli eventuali spazi di miglioramento.

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

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

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

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

4. IL SISTEMA DI REPORTING MULTIDIMENSIONALE DEI RISULTATI

Nel progetto di prefattibilità il gruppo di ricerca ha elaborato un primo modello (figura 2 a pag. 92) capace di descrivere le relazioni di causa ed effetto nel processo di erogazione dei servizi di un'Azienda sanitaria. Il gruppo di ricerca ha inteso evidenziare nel modello sia le tipologie di risultati attesi dalle istituzioni sanitarie, sia le modalità con cui questi vengono operativamente conseguiti. Nel prospetto proposto, partendo dalla destra dello schema, si evidenziano i risultati "ultimi" ottenuti dall'istituzione sanitaria, ossia gli *outcome*, che possono essere perseguiti solo in un orizzonte temporale di medio e lungo periodo e si riferiscono alla finalità ultima dell'Azienda sanitaria, ovvero il miglioramento del benessere sociale e dello stato di salute della popolazione (Opit, 1993). Questa tipologia di risultati, per la complessità dei meccanismi di misurazione da utilizzare e del sistema di fattori che congiuntamente determinano il loro perseguimento, difficilmente si presta ad orientare l'azione del management nel breve periodo anche se permangono il punto di partenza e di arrivo dell'azione delle Aziende sanitarie. Pur se spesso sono necessari anni o

decenni per muovere e migliorare un indicatore di outcome, è dall'analisi dello stato di salute della popolazione che parte il processo di programmazione e di orientamento dell'azione delle istituzioni sanitarie e a cui, di nuovo, per valutare l'efficacia di un'azione intrapresa, si deve ricorrere per l'analisi dell'impatto sullo stato di salute della popolazione. Si pensi, a titolo di esempio, alle attività di screening per il tumore al seno o al colon retto.

Nello schema proposto gli *outcome*, che comunque sono oggetto di monitoraggio da parte sia dell'agenzia sanitaria regionale che della Direzione Generale regionale stessa, sono preceduti dai risultati di *output*, che concorrono fortemente a determinarli. Questi risultati di *output* sono classificati in quattro ambiti:

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

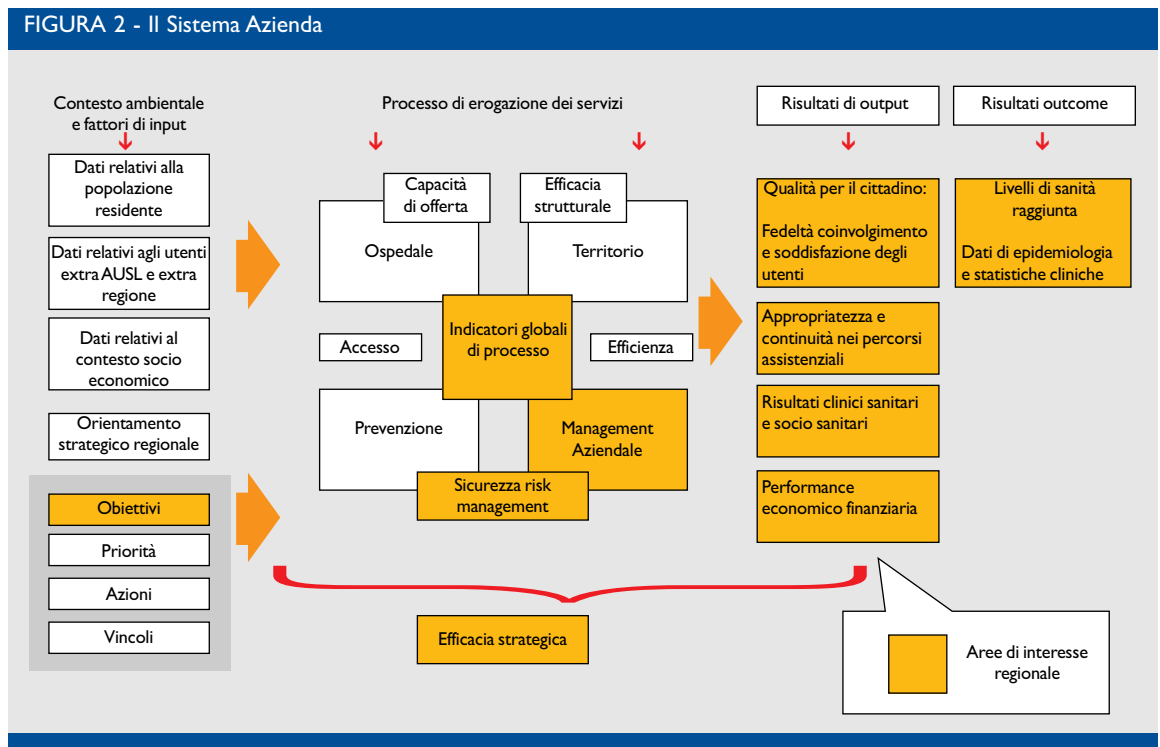
Nel modello proposto questi risultati sono raggiungibili con modalità ed azioni assai differenti in base al contesto Aziendale specifico. Le determinanti, quindi, necessitano un'analisi specifica per i tre livelli assistenziali presenti nelle Ausl toscane ossia:

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

⁷ Confronta www.Hospitalreport.com

- infanzia, consultori...);
- *prevenzione*, comprensiva dei settori di veterinaria, Igiene e salute pubblica, medicina dello sport, medicina del lavoro, medicina legale. In questi tre contesti, le dimensioni più rilevanti da monitorare nel processo di erogazione del servizio sono molteplici e così sintetizzabili:
 - *l'efficacia strutturale*, intesa come livello di adeguatezza della struttura (edifici, attrezzature, spazi, arredi) rispetto alla missione e alla tipologia di servizi che l'istituzione sanitaria è chiamata ad assolvere nell'ambito del sistema sanitario regionale;
 - *l'efficienza operativa*, relativa alle modalità con cui le risorse disponibili sono utilizzate; l'attenzione è rivolta all'analisi della produttività del sistema e dei suoi fattori;
 - *l'accesso*, inteso come l'insieme delle modalità con cui viene garantito e facilitato l'accesso ai servizi sanitari con logiche di equità e trasparenza;
 - *la sicurezza ed il risk management*, intesa come capacità di operare garantendo la sicurezza di tutti i soggetti del sistema, sia gli operatori che gli utenti.

Orientano la fase del processo di erogazione dei servizi sanitari sia il contesto ambientale sia i fattori specifici di *input* (vedi la parte sinistra della figura 2). La tipologia di popolazione, la conformazione del territorio, l'evoluzione dei servizi erogati fino ad oggi e gli obiettivi specifici identificati a livello regionale chiaramente influiscono sulle scelte e sulle modalità adottate da ciascuna Azienda per servire il proprio territorio. Rispetto alle caratteristiche della popolazione e del territorio ciascuna Azienda sanitaria concorda con la Regione gli obiettivi strategici da perseguire, alla luce degli orientamenti presenti nel Piano sanitario regionale. Oltre quindi agli indicatori di risultato e di processo, il modello prevede la misurazione dell'efficacia strategica, intesa appunto come capacità di pianificare e programmare l'attività in linea con le esigenze del territorio, ossia degli utenti, ma anche la capacità dell'Azienda di operare nel contesto del sistema sanitario regionale e di seguire gli orientamenti del Piano sanitario regionale e delle delibere successive di applicazione. Il gruppo di ricerca e l'Assessorato alla salute re-



gionale, pur condividendo la rappresentazione nel modello delle modalità con cui le Aziende perseguono i loro risultati e pur volendo mantenere una dimensione Aziendale del sistema, hanno concordato di concentrare l'attenzione nel monitoraggio dei risultati (le aree con sottofondo colorato nella figura 2) e su pochi macro indicatori di processo, lasciando alle Aziende l'autonomia e la responsabilità di monitorare gli indicatori di processo per livello assistenziale, necessari per comprendere e gestire le determinanti dei risultati stessi. Fa eccezione, rispetto a questa scelta, la decisione di considerare, nel sistema regionale di misurazione della performance, la valutazione del management, intesa come l'insieme delle scelte e delle politiche adottate dalla direzione per gestire e governare il sistema Aziendale ed in particolare le risorse umane. Questa eccezione si fonda sulla considerazione che il management è scelto, nella figura del direttore generale, dall'Assessore regionale per la salute ed il suo operato quindi è da considerare oggetto rilevante in ottica di valutazione regionale. Per la rappresentazione finale dei risultati del sistema di valutazione della performance sono state individuate sei dimensioni di sintesi, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello sanitario (vedi tabelle pagina 98 e seguenti).

Le dimensioni della valutazione sono:

- *La valutazione dei livelli di salute della popolazione (A)*
Pur sapendo che questa tipologia di valori, quali la mortalità nel primo anno di vita o la mortalità per diverse patologie, si muove lentamente nel tempo e che un miglioramento registrato oggi spesso è determinato dalle scelte gestionali effettuate, è stato ritenuto opportuno mantenere nel sistema almeno tre indicatori di sintesi, anche per mantenere focalizzata l'attenzione dei managers sul fine ultimo di ogni sforzo fatto, ossia sul miglioramento del livello di salute della popolazione.
- *La valutazione della capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale (B)*

Le Aziende sanitarie toscane rispondono, infatti,

non solo della loro capacità di essere strutture efficienti ed efficaci come entità autonome ma anche come soggetti costituenti il Sistema sanitario regionale che operano in logica di squadra per valorizzare le sinergie e per garantire accesso e equità a tutti i cittadini della Regione. In questo senso è importante che le Aziende siano attente e capaci di implementare gli orientamenti strategici regionali, ossia di applicare le delibere regionali nei tempi e nei modi indicati.

- *La valutazione socio sanitaria (C)*

In questa dimensione sono compresi i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario sia per le attività dell'ospedale, del territorio e della prevenzione.

- *La valutazione esterna (D)*

In questa dimensione viene considerata la valutazione data all'attività Aziendale dai cittadini come utenti e non dei servizi sanitari. Si considera in questa dimensione anche l'efficacia dei processi di comunicazione esterna delle Aziende sanitarie.

- *La valutazione interna (E)*

In questa dimensione viene considerato il livello di soddisfazione del personale delle Aziende sanitarie. Ormai molti studi evidenziano la rilevante correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, il clima organizzativo Aziendale e la soddisfazione degli utenti dei servizi erogati. Puntare sul miglioramento dei risultati quindi necessita di una rilevante focalizzazione sui sistemi e i meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati.

- *La valutazione dell'efficienza operativa e della performance economico finanziaria (F)*

Si tratta di verificare la capacità Aziendale di perseguire le tre condizioni di equilibrio della dinamica economico finanziaria, ossia l'equilibrio reddituale, l'equilibrio monetario, finanziario e patrimoniale. In questa dimensione sono inoltre oggetto di osservazione indicatori di efficienza ope-

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

Per rappresentare adeguatamente i risultati riportati da ogni Azienda in ciascuna delle dimensioni individuate era necessario individuare una modalità semplice e chiara, capace di evidenziare subito lo stato dell'arte della performance dell'Azienda analizzata. Particolarmente frequente nella bibliografia e strumentazione manageriale l'utilizzo della metafora della "tela di ragno", ossia di uno schema a più dimensioni in cui i risultati sono posizionati sulla "tela" e dove maggiore è la vicinanza al centro peggiori sono i risultati.

Il gruppo di ricerca del Laboratorio MeS ha optato per una simbologia che fosse ancora più semplice e che avesse una immediata valenza positiva. È stato infatti utilizzato lo schema del "bersaglio" con cinque diverse fasce di valutazione suddiviso in sei settori circolari rappresentativi delle sei dimensioni. L'Azienda capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse dimensioni avrà i propri risultati riportati vicino al centro del bersaglio in zona verde, mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce via via più lontane dal centro.

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

- *fascia verde*, fascia più centrale al bersaglio, corrispondente ad una performance ottima. In una scala di valutazione a cinque fasce, il punteggio sintetico si posiziona tra il 4 e il 5;
- *fascia verde chiaro*, quando la performance è buona e la valutazione sintetica oscilla tra il 3 e il 4;

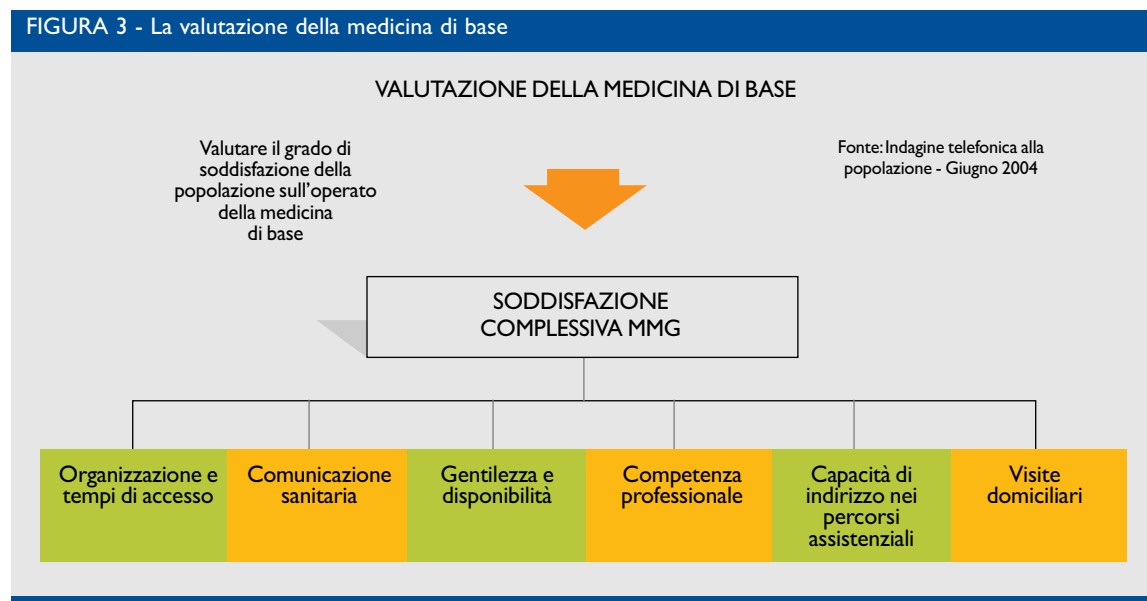
- *fascia gialla*, quando la valutazione è tra il 2 e il 3 e la performance non è negativa ma certamente presenta ampi spazi di miglioramento;
- *fascia arancione*, quando la valutazione è tra l'1 e il 2 e presenta una situazione preoccupante. La performance può essere, anzi deve essere migliorata;
-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

Per poter procedere al posizionamento delle misure relative agli indicatori individuati per ogni dimensione oggetto del sistema di valutazione nelle cinque fasce sono stati adottati i seguenti criteri di riferimento:

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

Ogni Azienda, quindi, vede rappresentata sinteticamente la propria performance nel suo bersaglio, in cui vengono riportati i valori di sintesi di circa 50 indicatori selezionati. La maggior parte degli indicatori rappresentano la sintesi di un "albero" di più indicatori. A titolo di esempio, la valutazione della soddisfazione della popolazione relativa alla medicina di base è data dalla media della valutazione di vari *items* su cui è stato richiesto un giudizio all'utenza quali l'organizzazione e i tempi del servizio, la capacità di comunicazione del medico al paziente, la gentilezza e la disponibilità nella relazione, la competenza professionale dimostrata, la capacità di presa in carico e di indirizzo nei percorsi assistenziali, la disponibilità alle visite domiciliari (vedi figura n. 3).

FIGURA 3 - La valutazione della medicina di base



Complessivamente gli indicatori monitorati ogni anno e oggetto di valutazione sono circa 130 e altrettanti indicatori sono inseriti nella reportistica senza valutazione ma quali strumenti per facilitare la comprensione delle determinanti del risultato conseguito. Il loro numero complessivo può variare perché ogni anno la Regione, in particolare nella dimensione relativa alla capacità di perseguire gli obiettivi strategici, può modificare gli obiettivi stessi e i relativi risultati da monitorare in base alle priorità strategiche dell'anno. Inoltre i risultati possono avere una differente tempistica di misurazione e valutazione in base alla rilevanza e alla possibilità effettiva di modificare in tempi brevi i risultati ottenuti. I tempi di attesa, ad esempio, sono misurati mensilmente mentre la soddisfazione dei cittadini per i servizi della medicina di base è misurata ogni due anni.

Le dimensioni del sistema di valutazione comprendono indicatori alimentati con dati provenienti dal sistema informativo regionale, dai bilanci Aziendali e da indagini sistematiche con significatività statistica, realizzate direttamente dal Laboratorio Management e Sanità per garantire l'omogeneità delle metodologie adottate che risultano essenziali per ottenere dati confrontabili. Non sempre però i dati disponibili nel sistema in-

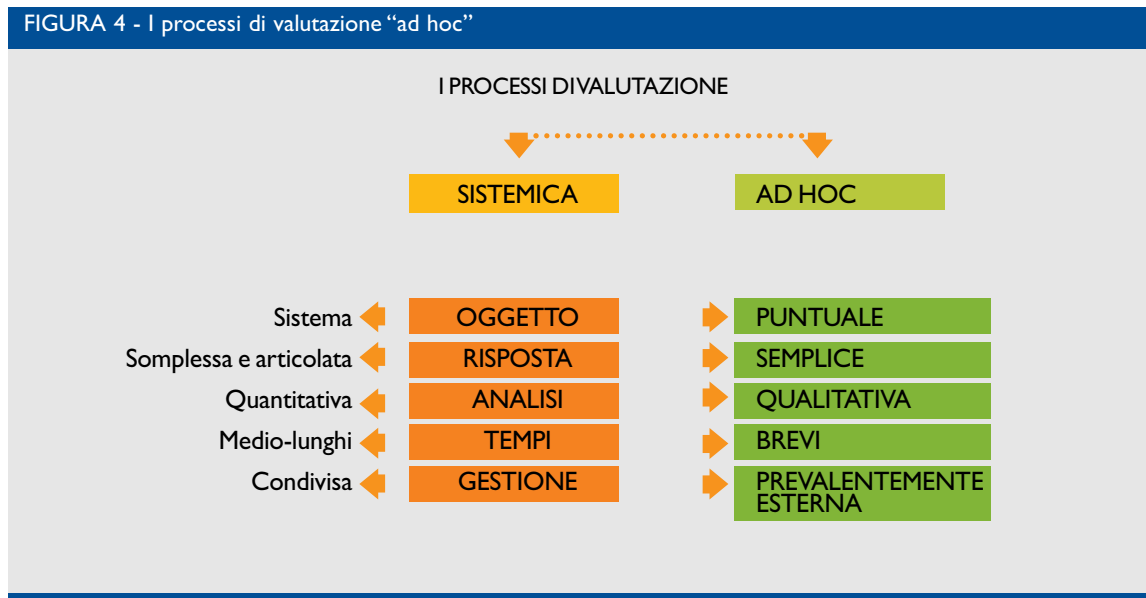
formativo regionale o ricavabili mediante le indagini di campo sono stati sufficienti a soddisfare il fabbisogno di controllo, soprattutto nell'ambito della dimensione relativa alla capacità di perseguire gli orientamenti regionali. A tal fine quindi sono stati attivati processi di valutazione ad hoc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

In termini di modalità di uso il bersaglio a livello regionale e per singola Azienda è stato fino ad oggi fornito su formato elettronico con modalità che permettono, cliccando su ciascun punto presente sul bersaglio, di visualizzare l'indicatore nel dettaglio con i punteggi a confronto tra le Aziende nonché il dato in trend, la tabella dei dati e la scheda illustrativa delle modalità di calcolo, così come illustrato nei capitoli successivi. Nel bersaglio sono indicati i risultati relativi agli ultimi dati disponibili.

5. I PROCESSI DI VALUTAZIONE "AD HOC"

In termini metodologici il gruppo di ricerca ha previsto che il sistema di valutazione della performance delle Aziende sanitarie toscane fosse alimentato da flussi informativi sistematici, attendibili e certi nelle fonti e nei processi di elaborazione, in modo da garantire la riproducibilità del sistema, l'attendibilità dei risultati e la possibilità

FIGURA 4 - I processi di valutazione "ad hoc"



di misurare anche l'andamento nel tempo della performance.

Disporre di un flusso informativo sistematico, certo e attendibile a livello regionale, però richiede molto tempo e un grande sforzo da parte di tutti i soggetti del sistema. Tale investimento, quindi, è da proporre e da realizzare solo per gli aspetti che certamente richiedono attenzione continua nel tempo e in cui il monitoraggio a livello regionale è essenziale per valutare i processi complessivi di miglioramento del sistema sanitario e del livello di salute della popolazione.

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

Si tratta di processi con un orizzonte di analisi molto puntuale e specifico in cui si ricerca una risposta semplice al quesito base, dove il risultato atteso può essere anche di tipo qualitativo, trasformabile successivamente in termini quantitativi, se necessario. I tempi di risposta attesi per questa risposta sono brevi e le modalità con cui si attiva il processo di indagine può essere anche di tipo esterno, ossia senza il coinvolgimento dei soggetti interni coinvolti nel processo di erogazione dei servizi o nello svolgimento delle attività oggetto di analisi. La logica di effettuazione di questi processi di valutazione *ad hoc*, in linea con l'essere puntuale e specifica, è quella di fornire una fotografia della situazione indagata e non un "film" con un prima, un durante e un post. La misura presenta la situazione del momento così come appare tramite lo strumento di analisi.

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

- verificare lo stato di attuazione di alcune De-

libere Regionali di elevata criticità;

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

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

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

I focus group e gli altri strumenti utilizzati nei processi di valutazione *ad hoc* hanno permesso di elaborare degli indicatori e di ottenere delle misure. La diversa natura di tali misure è stata segnalata nel sistema di valutazione in modo differente rispetto alle misure elaborate mediante una metodologia sistematica, ovvero con il simbolo di un campanello. Questo segno avverte che la misura ha valore solo segnaletico, che può necessitare di ulteriori e più approfondite indagini. Gli indicatori *ad hoc* sono comunque pochissimi sul bersaglio, non più di due o tre ogni anno su cinquanta punti di valutazione sintetica.

6. GLI INDICATORI DEL SISTEMA

Nelle tabelle successive sono presentati gli indicatori selezionati per ciascuna delle sei dimensioni della valutazione e i sottoindicatori che compongono gli alberi di valutazione quando questa risulta composta da più indicatori.

Nel caso in cui la valutazione si basi su più indicatori il risultato finale può essere il frutto di una semplice media oppure di una media "pesata" che considera in modo differenziato i risultati conseguiti in base alla rilevanza degli indicatori considerati. Per ogni indicatore di sintesi la scelta specifica è stata effettuata con il coinvolgimento degli operatori Aziendali nella fase di sperimentazione e successivamente con l'approvazione della direzione regionale e del management Aziendale. Il peso che ciascun indicatore ha nel calcolo della valutazione sintetica finale può anche subire modifiche da un anno all'altro se la Regione intende dare maggiore rilevanza ad un risultato rispetto ad altri.

L'indicatore C7 nell'ambito della valutazione sanitaria, ad esempio, misura la qualità del percorso materno infantile ed il risultato è stato calcolato nel 2006 e ora nel 2007 considerando il tasso dei cesarei depurato da complessità con un peso pari al 50%, mentre il restante 50% è il risultato della media tra gli altri 4 indicatori che compongono l'albero dell'indicatore C7. Nel 2005 invece tutti gli indicatori che compongono l'indicatore complessivo avevano lo stesso peso.

La tabella successiva indica quali indicatori sono stati selezionati per ciascun anno e oggetto di valutazione. Sono inoltre indicati nella colonna "obiettivo" quali indicatori sono stati collegati in termini diretti e quantitativi al sistema di incentivi per i direttori generali della Ausl toscane. La selezione degli indicatori è stata condivisa con le direzioni Aziendali e con i professionisti sanitari. Il Laboratorio MeS nel tempo ha provveduto a correggere le modalità di calcolo di alcuni di questi in base ai suggerimenti migliorativi pervenuti dalle Aziende. Le fonti dei dati sono il sistema

Le dimensioni della valutazione delle performance

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

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

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

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

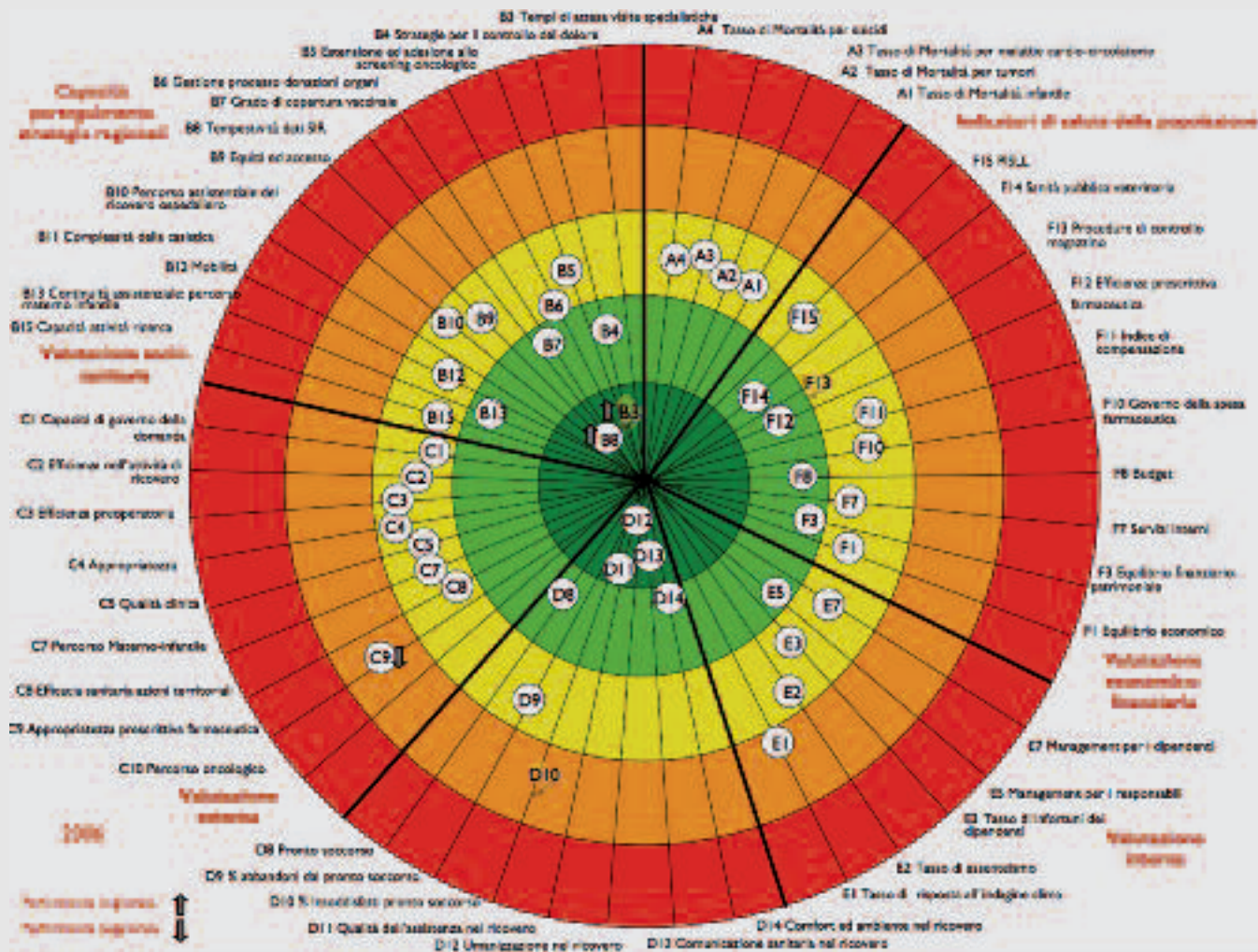
informativo regionale, i bilanci delle Aziende, le indagini realizzate direttamente dal Laboratorio MeS con le stesse metodologie in tutte le realtà per quanto concerne la valutazione interna ed esterna, e le elaborazioni dell’Agenzia regionale di sanità per quanto concerne la valutazione dello stato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

7. LA PERFORMANCE DEL SISTEMA SANITARIO TOSCANO NEL 2006

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

la maggior parte degli indicatori selezionati. Questo è chiaramente dovuto al fatto che i risultati rappresentati sul bersaglio regionale, soprattutto nel primo anno di elaborazione, in molti casi sono calcolati sulla media dei risultati conseguiti dalle Aziende e ricadono, quindi, nella fascia gialla. Negli anni successivi al primo di elaborazione, la Regione è stata in grado di individuare un obiettivo di azione per ciascun indicatore ed il posizionamento dell’indicatore del bersaglio (vedi figura 6) si è spostato dal livello intermedio in base alla capacità del sistema regionale di migliorare. I dati nel bersaglio si riferiscono al 2006, ad eccezione degli indicatori B5, B13, di quelli di salute della popolazione e di alcuni indicatori della dimensione F.

FIGURA 6 - Il bersaglio regionale 2006



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

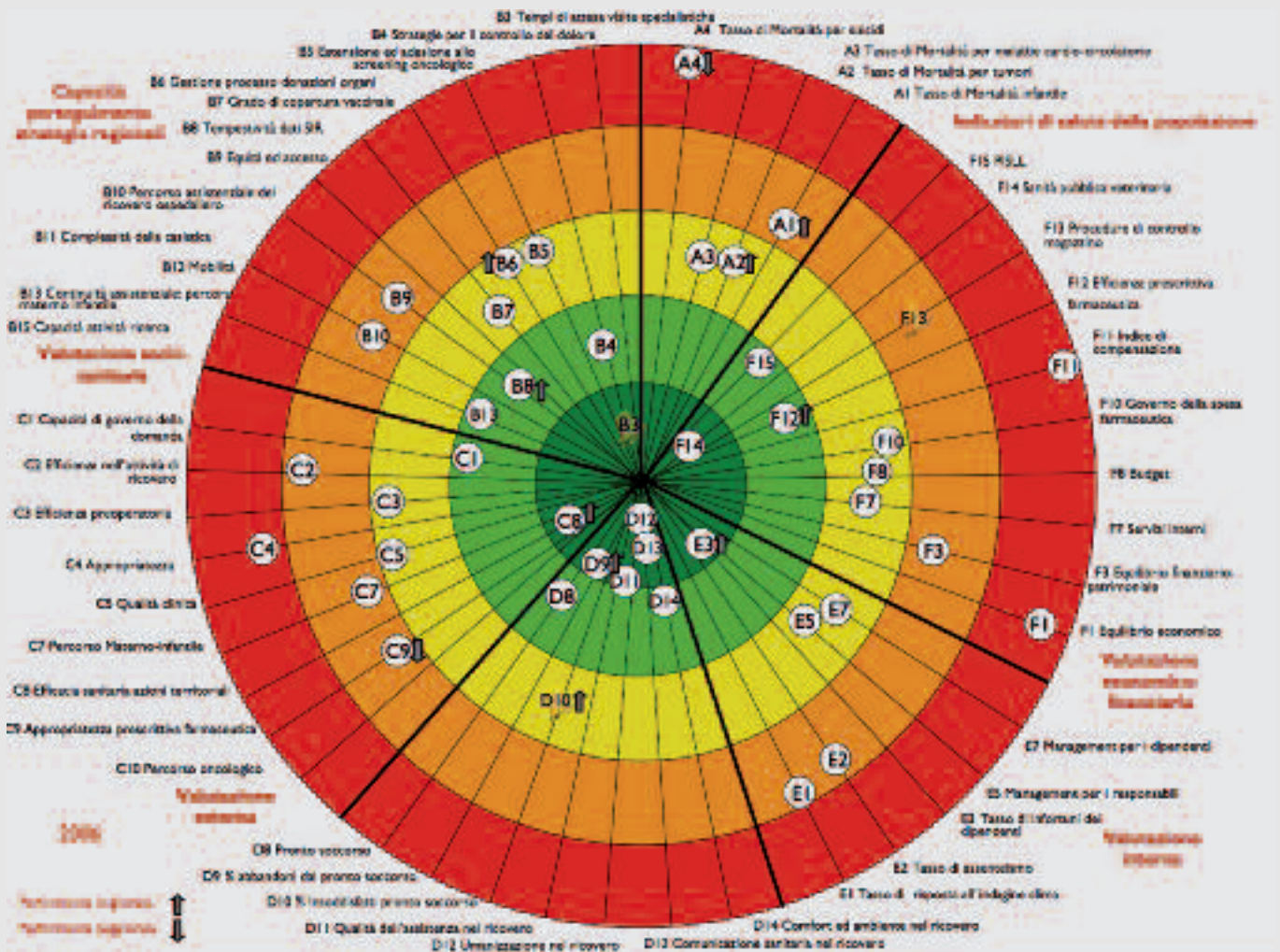
Come appare dal bersaglio regionale (figura 6), gli indicatori in cui si registra la performance più elevata sono quelli relativi alla dimensione esterna. I cittadini hanno infatti espresso un giudizio significativamente positivo relativamente ai servizi sanitari su cui è stata realizzata l'indagine di soddisfazione, ossia il servizio di ricovero, il pronto soccorso e il percorso materno infantile. Ottima la performance raggiunta riguardo al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e specialistiche da erogare entro i 15 giorni per la prima visita (indicatore B3). Nel

2007 sono oggetto di misurazione anche i tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche.

Pur se la valutazione media della soddisfazione è elevata, rimane ancora alto il numero di utenti insoddisfatti dei servizi di pronto soccorso (indicatore D10) e si registrano alcune criticità nella continuità e coordinamento del percorso assistenziale di ricovero ospedaliero (indicatore B10). Assai critico è anche l'indicatore E1, che registra una scarsa performance sul tasso di risposta dei dipendenti all'indagine di clima: la bassa adesione è un significativo segnale di sofferenza e di scarsa attenzione alle problematiche Aziendali.

Poiché le Aziende mostrano una notevole variabilità in molti degli indicatori presenti nella dimensione socio-sanitaria, a livello regionale si registra una performance media, ad eccezione di un

FIGURA 7 - Il bersaglio 2006 della Ausl 9 di Grosseto



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

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

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

ma successivamente a quelle territoriali e che hanno avuto meno tempo per orientare la propria azione in linea con gli indicatori oggetto di verifica. In questo primo periodo di adozione del sistema di valutazione della performance le Aziende hanno registrato capacità diverse di attivare processi di cambiamento e di perseguire miglioramenti nei risultati negli indicatori del sistema. Anche se il bersaglio regionale, elaborato sulle medie dei risultati delle Aziende, non presenta alcun indicatore sulla fascia rossa, questi sono invece presenti in alcuni casi nei bersagli delle singole realtà Aziendali.

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

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

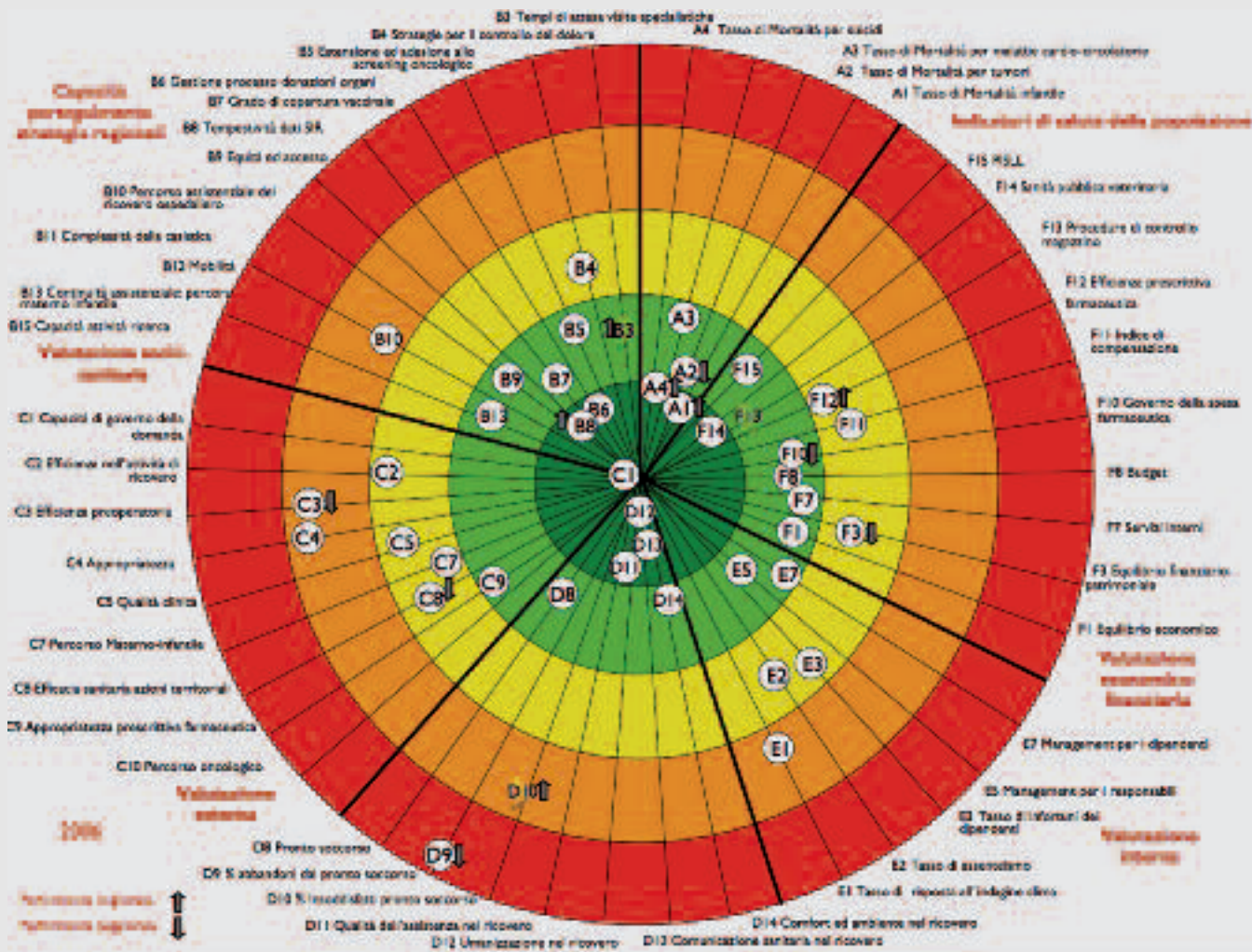
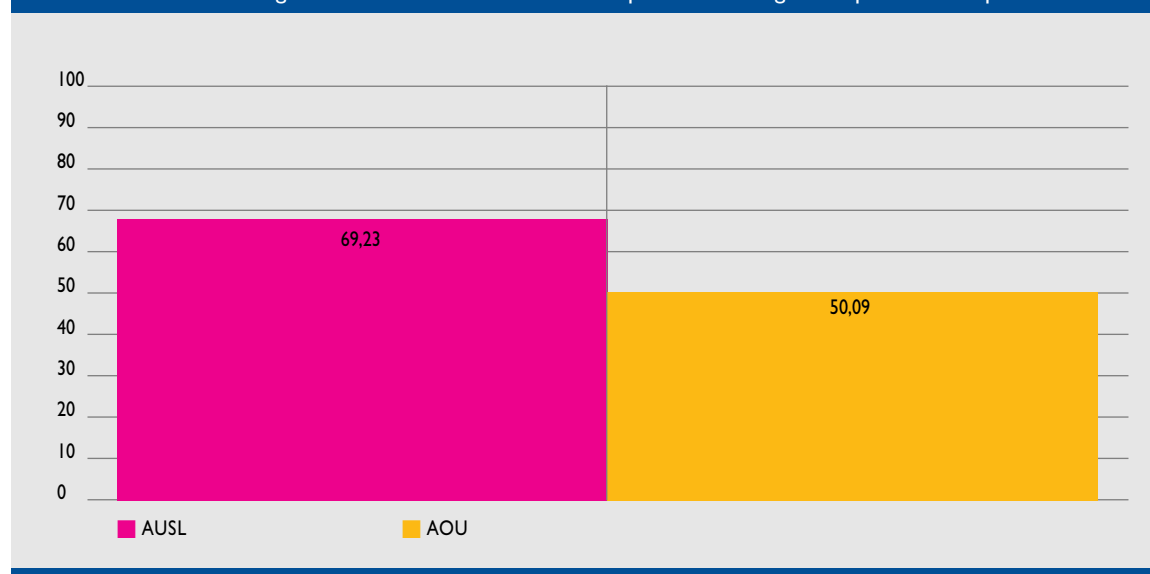


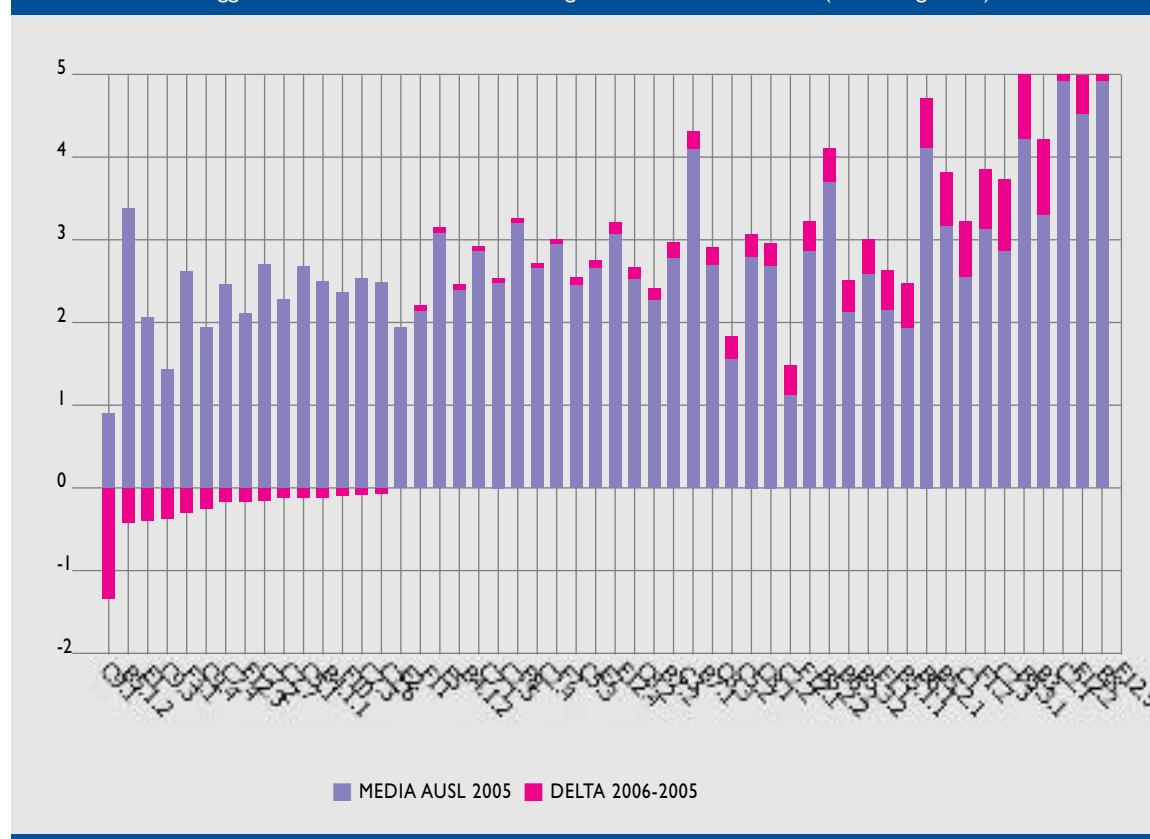
FIGURA 9 - Percentuale regionale di indicatori del 2006 con una performance migliore rispetto al 2005 per AUSL e AOU

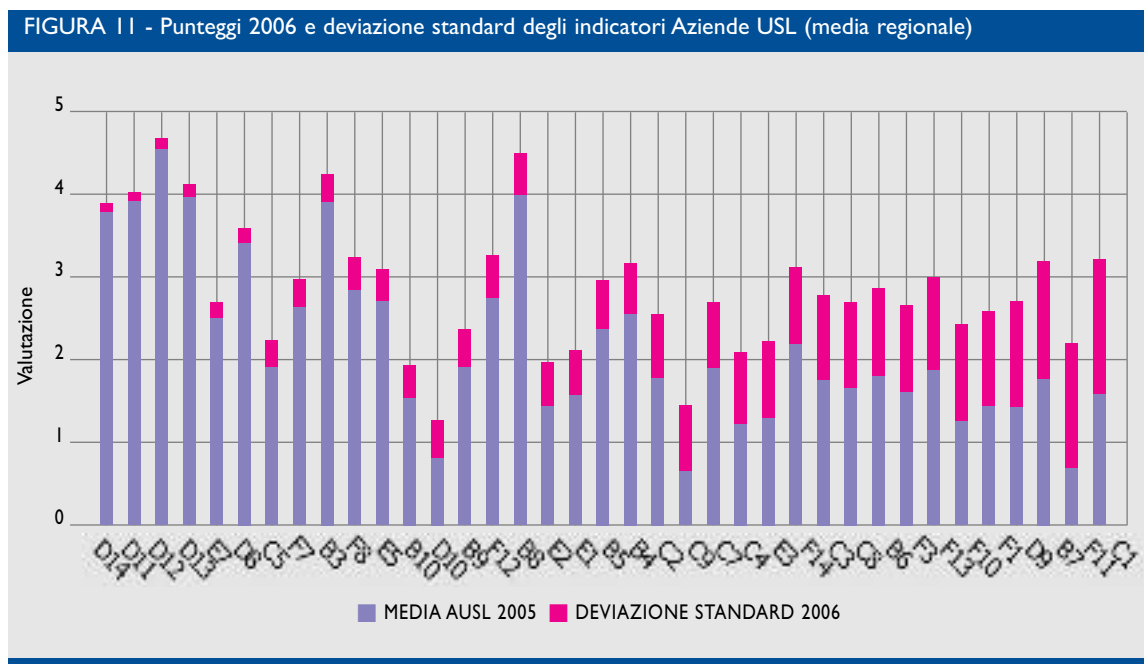


zia il risultato in termini di valutazione da 0 a 5 ottenuto nel 2005 mentre la parte in viola evidenzia il differenziale ottenuto nel 2006 in aggiunta alla colonna del 2005 se positivo oppure segnalato in negativo se peggiorativo. Come ap-

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

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





al sistema di reporting introdotto. Significativo è anche analizzare quali indicatori registrano tra le Aziende alte variazioni di risultato e quali invece hanno un allineamento regionale. È ipotizzabile che la performance degli indicatori con bassa deviazione standard sia frutto delle strategie o caratteristiche proprie del sistema sanitario, mentre quella con alta variabilità sia determinata maggiormente dalle scelte del management Aziendale. I risultati ad alta variabilità dipendono molto dalla organizzazione, nonché dalle competenze professionali presenti in ciascuna realtà Aziendale. Nel primo gruppo si tratta di indicatori dell'area "valutazione esterna", nel secondo gruppo di indicatori di valutazione socio sanitaria e di efficienza operativa. I cittadini toscani sono in generale molto soddisfatti dei servizi ricevuti o meglio è probabile che approvino complessivamente le strategie e l'organizzazione del sistema sanitario regionale.

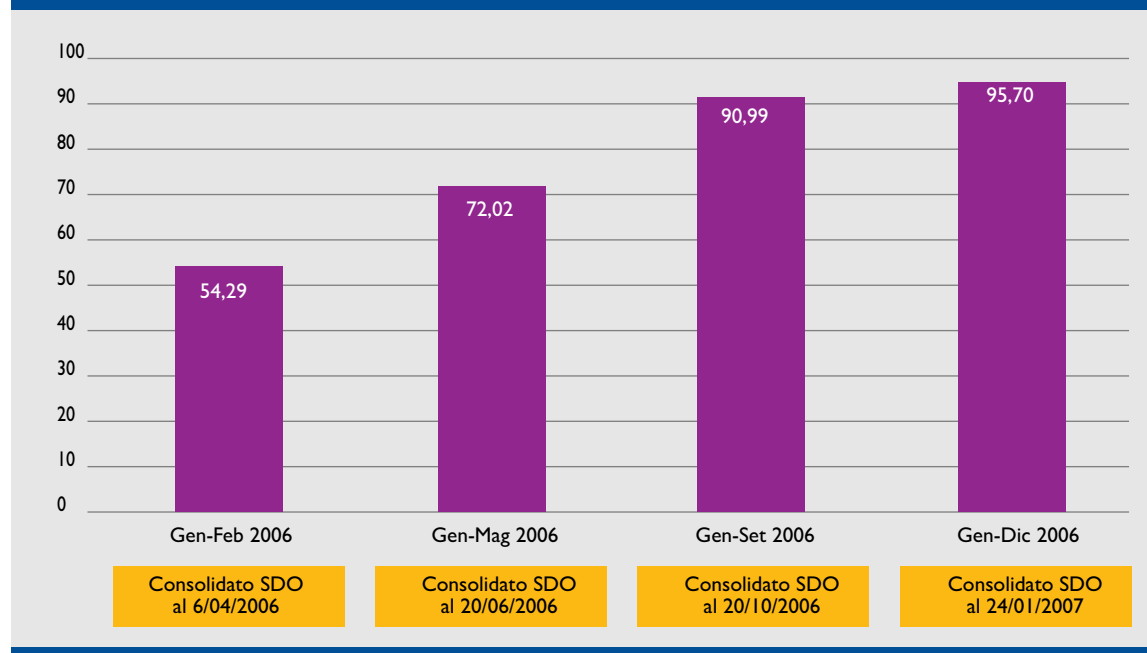
Assai variegata, invece, la performance nella dimensione socio sanitaria e di efficienza operativa, che dipende molto di più dai professionisti e dall'assetto organizzativo presente in ogni Azienda. In questa area la responsabilità del management Aziendale è più evidente e maggiori sono

le possibilità di apprendimento mediante il confronto con le "best practices". La variabilità tra le Aziende ma anche nelle Aziende dipendente dai comportamenti adottati dai professionisti evidenzia quanto sia ancora lontana l'adozione di protocolli clinici uniformi e di linee guida condivise sui percorsi assistenziali offerti. Il sistema di valutazione sulla dimensione socio sanitaria può contribuire molto a spingere i professionisti sanitari a condividere maggiormente le proprie scelte terapeutiche e a adottare modelli basati sulla medicina basata sulle evidenze.

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

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

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



tempo una reportistica capace di evidenziare i processi di miglioramento conseguiti dalle Aziende del sistema a confronto ha sicuramente consolidato il rapporto di fiducia ed invogliato tutti i soggetti del sistema a fare del loro meglio per alimentare il sistema informativo regionale.

8. CONCLUSIONI

La letteratura manageriale affronta la problematica della valutazione multidimensionale della performance considerando quale oggetto di riferimento il sistema Azienda, evidenziando che la natura pubblica o privata non implica sostanziali differenze in termini di utilità ai processi decisionali del management. Se quindi sistemi di valutazione multidimensionali possono essere efficacemente applicati anche in realtà pubbliche, rimane però da affrontare il punto successivo ossia se questi possono essere applicati anche a livello di "sistema", ossia in dimensione regionale o nazionale. Uno strumento come il BSC (balanced scorecard) acquista utilità nella misura in cui è collegato alla strategia Aziendale, ne guida l'azione e, mediante la verifica dei risultati con un approccio fortemente orientato allo studio delle de-

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

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

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

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

Tanto più infatti questa si assume il compito e la responsabilità della programmazione e pianificazione del sistema, limitando la competizione tra le istituzioni che compongono il sistema e regolando le operazioni di scambio a garanzia del cittadino, tanto più l'utilizzo di strumenti complessi per la valutazione della performance e la predisposizione di mappe strategiche diventano essenziali (De Lancer, 2006). Le logiche del BSC rappresentano quindi un punto di partenza valido ma da sviluppare e adattare alla complessità dell'oggetto da monitorare.

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

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

BIBLIOGRAFIA

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