

Criticità metodologiche dei processi di valutazione

Criticità metodologiche dei processi di valutazione

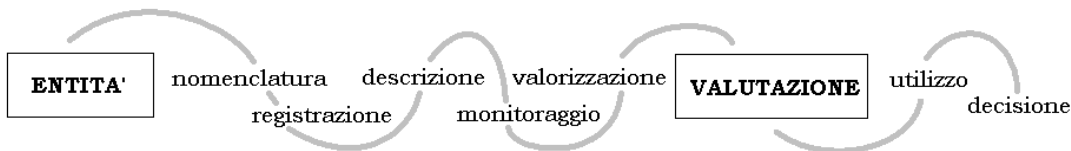
Cesare Cislaghi *, Mario Braga ** (* Agenas, Roma, ** Idi, Roma)

Introduzione

Se si cerca sul dizionario il significato del termine “valutazione” si trova che è “l’azione dell’assegnare un valore ad una entità” e parimenti è anche il risultato dell’azione stessa. In altri termini, la valutazione è un atto tendente ad attribuire valore a fatti, eventi, oggetti in relazione agli scopi perseguiti.

Si fa ad esempio della valutazione, corretta o scorretta che sia, quando si usa la percentuale di mortalità intraoperatoria successiva ad interventi di bypass aortocoronarico per giudicare le performances dei centri di cardiocirurgia di una determinata area: l’evento è l’attività chirurgica e il valore è la percentuale di sopravvissuti all’intervento, il tutto finalizzato ad una decisione che può essere per il paziente la scelta dell’ospedale o per il direttore generale dell’azienda sanitaria la necessità o meno di intervenire sui processi clinico-organizzativi.

La sequenza che lega l’azione all’entità è composta da diverse fasi che possono essere così descritte:



La *nomenclatura* è la definizione concettuale degli aspetti da considerare e consiste nella parcellizzazione di una entità complessa (qualità tecnica di una équipe chirurgica o di un centro di cardiocirurgia, profilo di attività di un ospedale) in alcune sue dimensioni elementari (tipo di intervento chirurgico, definizione di mortalità intraoperatoria, sistema di classificazione isogravità) cui viene assegnato un codice di riferimento, solitamente un “nome”. I nomi assegnati agli attributi di una entità non sono ovviamente nell’entità stessa, ma sono strumenti per avvicinarsi alla conoscenza della realtà stessa.

Questa operazione corrisponde ad un processo conoscitivo consistente nella traduzione di un fenomeno (ad esempio una serie di sintomi) nel suo modello concettuale (definizione di una sindrome, come ad esempio l’AIDS che è una astrazione concettuale ma clinicamente utile).

Esistono diversi sistemi di classificazione in continua evoluzione, e ad esempio per i DRG si sta adottando la XIX revisione. L’evoluzione di questi sistemi può dipendere sia dall’emergere di nuovi eventi, sia da una diversa concettualizzazione riguardante eventi già presenti ed in altro modo classificati.

E’ importante ricordare sempre che tutte le statistiche non sono statistiche degli eventi bensì statistiche delle nomenclature con cui sono classificati gli eventi; e talvolta l’uso di nomenclature non adeguate porta ad una distorsione anche importante delle fasi successive del processo valutativo.

La *registrazione* è l'assegnazione di una modalità specifica, qualitativa o quantitativa, ad una dimensione definita dalla nomenclatura.

Essa può consistere in una etichettatura quando si assegna all'entità l'etichetta più omogenea tra un insieme di etichette associate ad una specifica nomenclatura (Disease Staging, APR DRG); oppure può consistere in una misura quando è possibile individuare una "unità di misura" e contare quante volte l'unità è compresa nella dimensione dell'entità (giorni di degenza).

Questo processo è articolato e comprende l'atto del classificare e quello della registrazione vera e propria.

Nel primo, l'elemento più importante è la ripetibilità dell'operazione, cioè l'elevata probabilità che chiunque ripeta la stessa operazione la compia nel medesimo modo. Vari studi hanno evidenziato una bassa ripetibilità dei processi classificatori, tanto che l'assegnazione di una categoria ad un evento da parte di diversi operatori presenta una variabilità non molto differente da quella casuale; per questo motivo la caratteristica principale dei sistemi nomenclatori e degli operatori codificatori è quella di garantire che la difformità di comportamenti classificatori sia la più piccola possibile.

La *descrizione* consiste nell'arricchimento della registrazione con opportuni denotatori o connotatori capaci di riferire la stessa a un insieme di appartenenza (ad esempio i parti cesarei rispetto a tutti i parti) o a diversi insiemi di relazione (ad esempio le IVG rispetto al numero donne in età fertile). La descrizione consente di specificare il contesto e le opportunità di lettura e di interpretazione degli elementi rilevati, potendoli finalizzare così anche agli obiettivi della valutazione. La descrizione riesce a cogliere aspetti che non possono essere automaticamente dedotti dalla rilevazione. La "conta" di alcuni eventi non dà molte informazioni, e quindi non descrive nulla, se non è riferita ad un insieme di unità relazionabili agli eventi stessi. Contare un certo numero di ricoveri descrive immediatamente l'ampiezza dell'ospedalizzazione, ma non dice se sono un numero confacente alle potenzialità di offerta di un presidio ospedaliero (per il quale devono essere riferiti ad esempio ai posti letto) o se sono un numero confacente all'appropriatezza della domanda sanitaria (per il quale devono essere riferiti alla popolazione opportunamente individuata e aggiustata per i fattori di rischio).

Il *monitoraggio* consiste invece nel continuo riferimento di una descrizione ad un predefinito insieme, per coglierne l'omogeneità o la distanza da questo. Il riferimento può essere il valore della stessa ad un determinato tempo, oppure alcuni dei valori della descrizione assunti in diversi ambiti geografici o in diversi gruppi di popolazione o ancora un insieme di valori convenzionali. L'insieme predefinito è sempre esterno all'entità stessa ed è del tutto convenzionale, per quanto esso si basi su ragionamenti logici e scientifici. Quasi sempre il monitoraggio avviene definendo in modo del tutto convenzionale il riferimento ed il problema più grave è proprio la difficoltà di arrivare a giustificare la giustezza o l'opportunità. Normalmente si applica un "principio di autorità" dove l'autorità può essere professionale (parere di esperti), istituzionale (decisione politico-amministrativa), collettiva (la media dei comportamenti della popolazione)

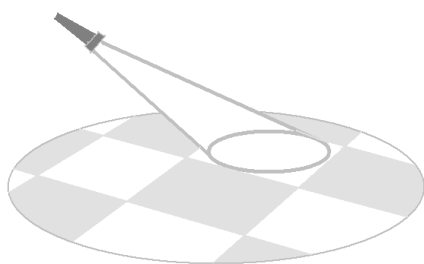
La *valorizzazione* consiste nell'assegnare un valore allo scostamento di una descrizione dal suo riferimento, valore positivo, negativo o relativo, ma

determinato inevitabilmente dallo specifico *utilizzo* che si vuol fare della *valutazione* in funzione della *decisione* che si intende adottare. L'elemento di valorizzazione e di finalizzazione ad una decisione sono essenziali perché un processo valutativo sia realmente tale. Ciò significa che non è possibile un processo valutativo al di fuori di processo decisionale anche se essi possono essere tra loro disgiunti.

Quanto sin qui detto potrebbe apparire una inutile complicazione concettuale, ma non è così! Troppo sovente, infatti, nei processi valutativi non ci si chiede bene cosa si stia facendo e quali elementi si stiano introducendo nel processo senza neppure accorgersene. E' indispensabile perciò distinguere almeno le descrizioni dai monitoraggi e dalle valutazioni vere e proprie.

La fase descrittiva

Molte cosiddette valutazioni altro non sono infatti che semplici descrizioni, spesso progettate più sulla luce che non sugli oggetti da illuminare: laddove "ci sono i dati" si costruiscono miriadi di indicatori, dove i dati non ci sono (o sono di bassa qualità o di difficile raccolta) gli oggetti restano del tutto oscurati e così la realtà può apparire totalmente diversa da quello che magari è effettivamente! Scambiare l'immagine con la realtà è il pericolo più frequente e tra l'altro il più difficile da evitare. Infatti approcciarsi alla realtà solo con le immagini di questa non consente di avere alcun segnale per accorgersi delle distorsioni in cui si rischia di incorrere. La progettazione e la realizzazione delle descrizioni sono allora dei momenti molto delicati cui spesso non viene dato tutto il valore che essi dovrebbero avere.



La rilevanza di queste attività non è limitata solamente al controllo/contenimento di possibili effetti distorsivi determinati dalla presenza di zone illuminate e di zone in ombra, o addirittura al buio, ma deriva da altri due aspetti: la predeterminazione dei risultati in funzione dei "principi guida" (valori) scelti per orientare la valutazione; gli effetti collaterali determinati dal sistema di valutazione, soprattutto quando le azioni conseguenti al processo valutativo sono associati ad un sistema premiante e/o penalizzante.

Per quanto riguarda il primo aspetto, è del tutto evidente come i valori ispiratori di un determinato contesto entrino nella costruzione di un sistema di valutazione; Se ad esempio si è scelto di utilizzare il rispetto del principio della universalità e solidarietà di un sistema sanitario, ciò comporta in primo luogo la inclusione nella valutazione di indicatori che misurino il grado di raggiungimento di questo obiettivo e successivamente l'attribuzione di un peso coerente a questo/i indicatori. La decisione, ad esempio, di utilizzare come criterio di valutazione la quota di popolazione coperta dal sistema sanitario, determina la posizione gerarchica dei diversi elementi che entrano nel sistema di valutazione.

Nello schema tratto dal rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2000 emerge anche lessicalmente il giudizio sui diversi tipi di servizi di medicina di base.

Prestazioni comprese	Popolazione inclusa	
	Solo i poveri	Tutti
Prestazioni di "base" o semplici	Assistenza sanitaria "primitiva"	Concetto originario
Prestazioni "essenziali" e costo- efficaci	Assistenza primaria "selettiva (mai contemplata seriamente)	Nuovo universalismo
Tutto ciò che è medicalmente utile		Universalismo classico

Tabella formattata

Formattato: Tipo di carattere:
Grassetto

Formattato: Centrato

Formattato: Centrato

Formattato: Centrato

Formattato: Centrato

Da Frenk J.: Building on the Legacy: primary health care and the new policy directions at WHO. Address to the American Public Health Association, Chicago, 1999.

Passando ad un contesto più ampio, la definizione delle funzioni e degli obiettivi del sistema determinano in maniera sostanziale la scelta, la composizione ed il peso dei singoli indicatori e del loro assemblaggio.

Nel caso dell'OMS, gli obiettivi che si presume dovrebbe realizzare un Sistema Sanitario sono:

a) *Good health* (L'obiettivo di realizzare uno stato di "Buona salute" contempera due diversi concetti: Il "miglior" livello medio di salute ottenibile – *goodness* "bontà del livello di salute"– e, la minore differenza di salute realizzabile fra individui e gruppi – *fairness* "giustizia della distribuzione della salute").

b) *Responsiveness to the expectations of the population*

c) *Fairness of financial contribution* (Giustizia del sistema contributivo destinato alla sanità)

Il risultato del processo di gerarchizzazione dei Sistemi Sanitari, che vede i paesi con sistemi di tipo solidaristico ed universalistico (ad es. Francia, Italia, Spagna) in posizioni più elevate dei paesi che non hanno queste caratteristiche (ad es. Stati Uniti) riflette la scelta degli obiettivi generali precedentemente elencati.

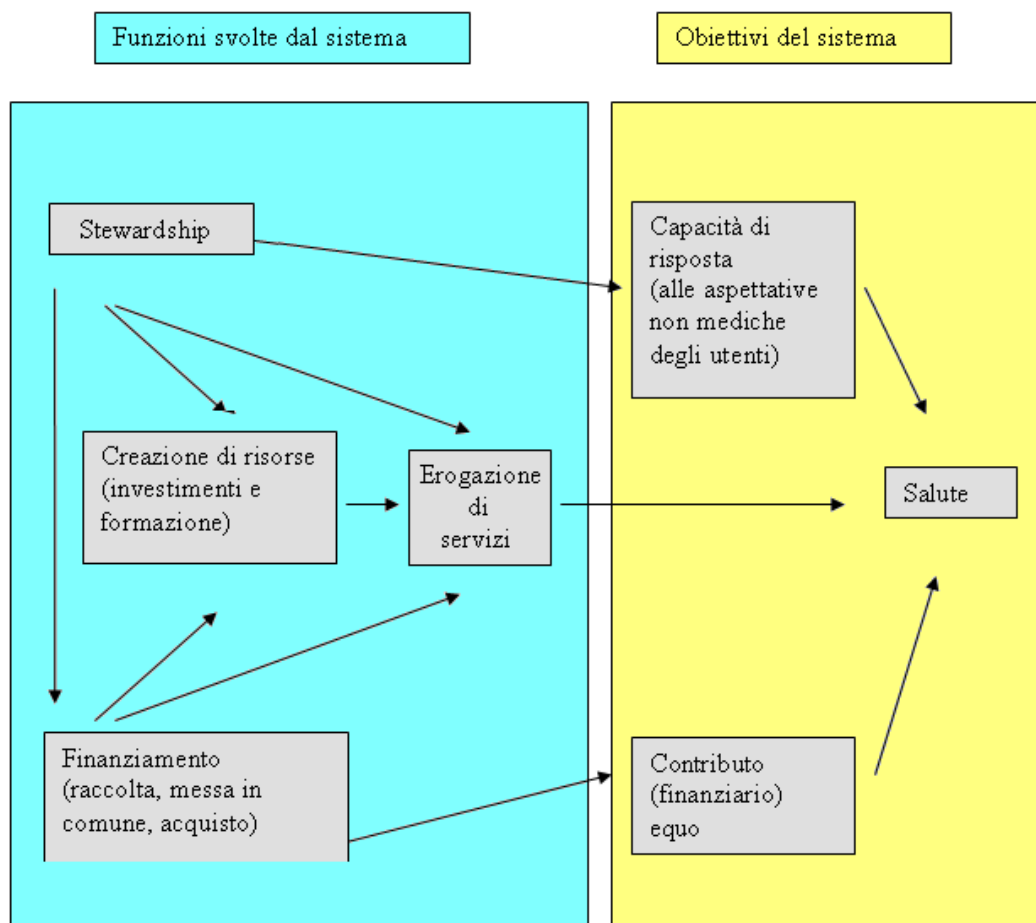
Il secondo aspetto, gli effetti collaterali del sistema, dipendono in parte dalla disponibilità di dati su cui costruire gli indicatori, dall'altro dal fatto che l'impegno di risorse richiesto per avviare e mantenere un sistema di valutazione comporta, in condizioni di invarianza delle risorse presenti, una minore attenzione e considerazione dei settori che non sono oggetto della valutazione.

Se, ad esempio, un indicatore riguarda la mortalità delle fasce di età più giovani, è possibile che minori risorse vengano destinate ad altri gruppi di età con il conseguente peggioramento delle probabilità di sopravvivenza di questi soggetti.

La fase di monitoraggio

I monitoraggi necessitano, come si è detto, di avere dei riferimenti precisi con cui confrontare le descrizioni disponibili: solitamente questi riferimenti sono chiamati, anche se spesso impropriamente, "standard".

Si dovrebbero chiamare “standard” infatti solo quei riferimenti di cui si è potuto in qualche modo dimostrare che corrispondono ad una situazione di normalità o di normatività. La normalità, in senso statistico, è un riferimento distribuzionale e può essere un valore centrale della distribuzione o un intervallo in cui ricadono sperimentalmente una quota importante di soggetti; la normatività invece è definita da una “regola” esterna che stabilisce, attraverso un procedimento talvolta complesso e purtroppo spesso non trasparente, se una situazione debba considerarsi “a norma” oppure no.



Spesso gli standard sono tutt’altro che sorretti da giustificazioni scientifiche o da rilevazioni esaurienti; sarebbe allora molto più corretto sostituire il termine “standard” con il termine “target” che definisce un livello operativo stabilito su un giudizio soggettivo di opportunità, tecnica e/o amministrativa.

In campo biologico o clinico si riesce spesso a definire degli standard, ad esempio quelli relativi agli esami di laboratorio di analisi cliniche. In epidemiologia od in economia sanitaria, invece, è tutt’altro che semplice accettare la correttezza di un valore come standard.

La fase valutativa

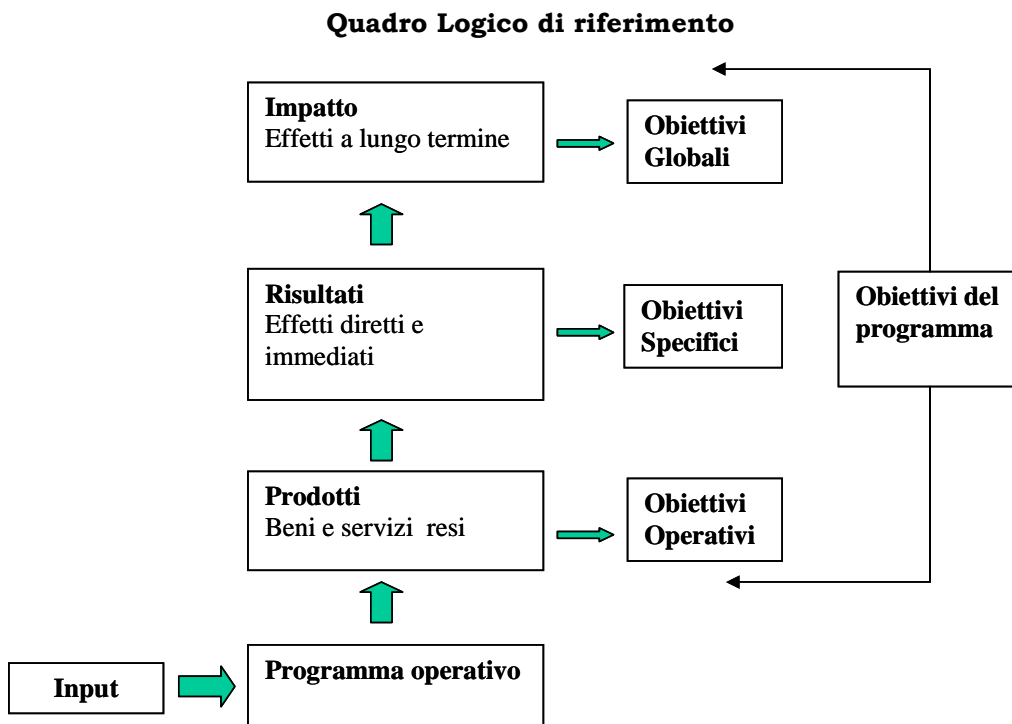
La valutazione invece è un processo che deve esitare in una decisione. Questa affermazione contiene due elementi importanti: non esiste valutazione senza decisione; un sistema di valutazione non dovrebbe avere carattere episodico per i seguenti motivi:

- a) esiste un costo che deve essere commisurato con l'utilità del sistema attivato;
- b) bisogna evitare effetti paradosso (miglioramenti temporanei e relativi alle aree sotto osservazione);
- c) è necessario evitare distorsioni degli esiti della valutazione per effetto di fattori confondenti (ad es., effetto tempo).

E' sicuramente uno degli elementi più rilevanti il legame fra valutazione e decisione. E' evidente a questo proposito, come già precisato nel paragrafo precedente, che il contesto in cui matura la necessità di avviare un processo valutativo orienta il sistema valutativo stesso.

In particolare, i valori (o criteri) di riferimento, che dipendono dagli obiettivi globali (strategici) e specifici selezionati, determinano la scelta degli indicatori e questo, a sua volta, influenza i risultati del processo valutativo (e quindi decisionale).

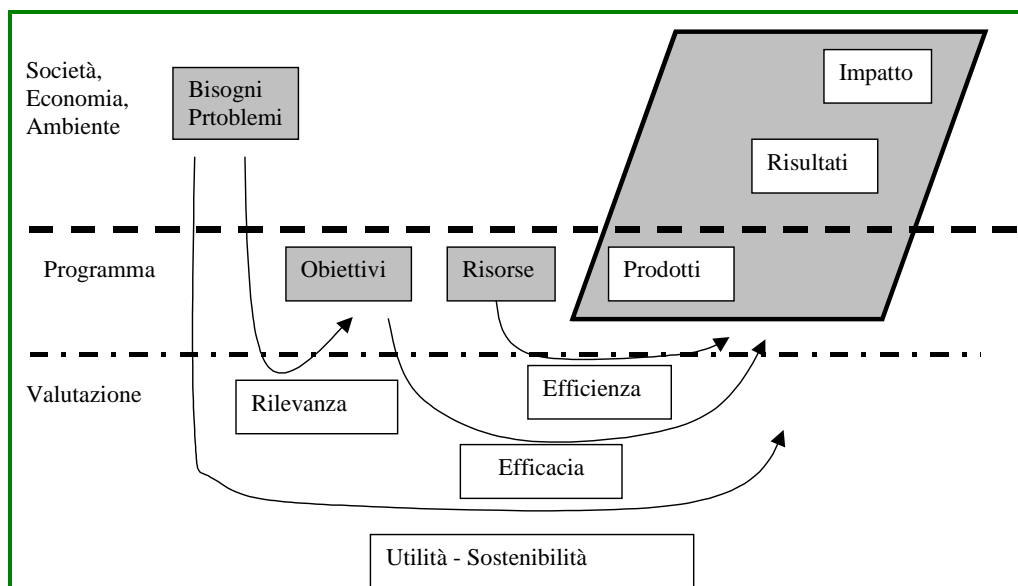
Il quadro logico di riferimento utilizzabile per la scelta del sistema di indicatori può essere schematizzato nel seguente diagramma:



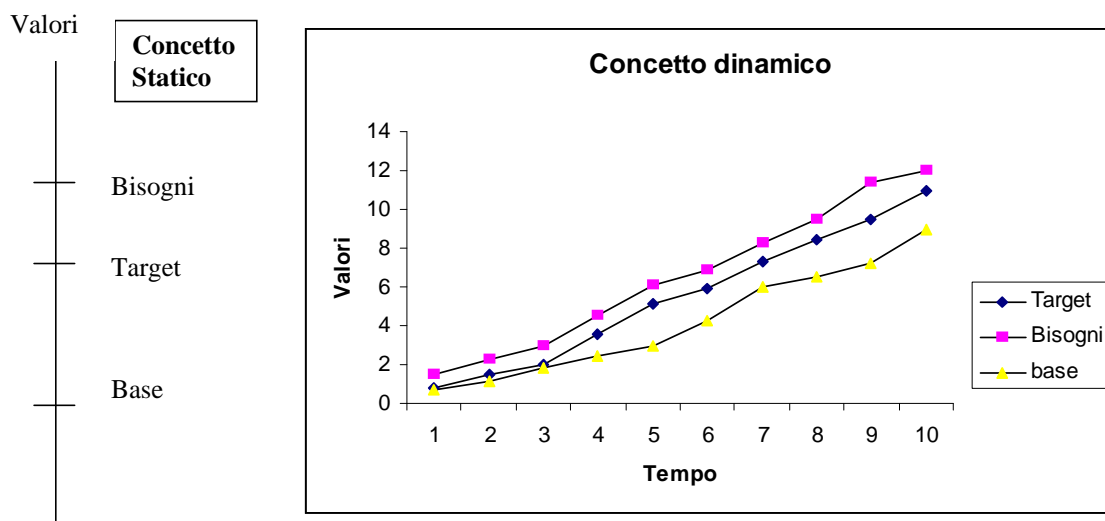
Non si può sottovalutare la differenziazione fra il prodotto dell'assistenza (numero di visite, numero di dimessi, di esami diagnostici, ...), i risultati ottenuti (sopravvivenza, mortalità, qualità percepita, ...) e l'impatto di un programma

(stato di salute di una popolazione, grado di copertura vaccinale, ...); essi devono rappresentare distinti momenti del processo valutativo a cui corrisponde una diversa gerarchia di obiettivi.

Il modello concettuale di riferimento può essere ad esempio tradotto in grafico nel seguente modo:



Da questo grafico emerge chiaramente come la composizione del sistema di indicatori, oltre a dipendere dagli obiettivi del programma, può variare da una valutazione delle singole componenti (rilevanza, efficacia, efficienza, utilità, sostenibilità), ad una analisi complessa dell'insieme di due o più componenti. Anche per quanto riguarda gli obiettivi di un programma, la scelta può essere quella di limitarsi alla sola analisi degli output o allargare lo spazio di indagine agli effetti che tale programma esercita, in termini di risultati e di impatto, sulle comunità coinvolte.



La struttura logica del percorso da realizzare e la scelta e composizione delle dimensioni da valutare, con il livello di estensione a cui applicare la nostra analisi, rappresentano i presupposti da definire prioritariamente rispetto alla scelta degli indicatori, alla loro definizione operativa e alla loro combinazione.

Preliminare alla definizione del sistema di valutazione con indicatori è anche la definizione della comunità a cui orientare il processo valutativo (utenti, gruppi di interesse, professionisti, decisori istituzionali). Un sistema di valutazione utile al regolatore dell'offerta sanitaria può risultare del tutto inutile al rappresentante degli interessi dell'utenza. Ma ancora al produttore interessa innanzitutto la "vendibilità" del suo prodotto e l'efficienza dei suoi processi produttivi; all'assicuratore o terzo pagante interesserà soprattutto la verifica dell'appropriatezza ed il contenimento dei costi; all'utente invece premerà l'efficacia e il grado di soddisfacimento dei suoi bisogni.

Due punti sono inoltre da considerare: Il primo è che le autorità di programmazione devono tenere a mente che un programma focalizzato su poche priorità tende a massimizzare il suo impatto sulle aree selezionate e richiede un numero limitato di indicatori. Il secondo è che la qualità di un sistema di indicatori dipende in modo diretto dalla comprensione dei meccanismi attraverso i quali gli interventi programmati provocano i cambiamenti desiderati.

Per questo motivo devono considerarsi a priori migliori i sistemi agili rispetto ai sistemi eccessivamente pesanti; c'è la tendenza diffusa a pensare che un sistema più indicatori ha, più completo è e più è esaustivo, più allora è buono ed efficace.

Nella realtà si verifica esattamente l'opposto: sistemi agili con pochi indicatori hanno prodotto dei risultati, magari limitati, però effettivi e almeno in parte utili; sistemi complessi sono rimasti di fatto per lo più del tutto inutilizzati.

Chi progetta il sistema di valutazione non può esser logicamente disgiunto da chi conosce il sistema da valutare e da chi deve prendere una decisione in virtù della valutazione effettuata; la comprensione di tutti questi elementi è indispensabile perché la valutazione non diventi una operazione astratta ed inutile.

Rispetto all'ultimo punto occorre evidenziare che l'effetto negativo più pericoloso è quello di influenzare la programmazione in modo non di ottimizzare il servizio bensì di ottimizzare gli indicatori. Programmare per migliorare solo gli indici può comportare delle distorsioni anche gravi.

Elementi specifici

Ci sarebbero molti altri aspetti metodologici critici relativi alle diverse fasi sopra descritte, di cui varrebbe la pena discutere ed approfondire, ma che ci limitiamo ad elencare brevemente.

a) Innanzitutto tra le problematiche generali legate alla descrizione c'è ad esempio la disponibilità e la qualità dei dati, le componenti della variabilità e tra queste la componente stocastica e tutto il tema del risk adjustment.

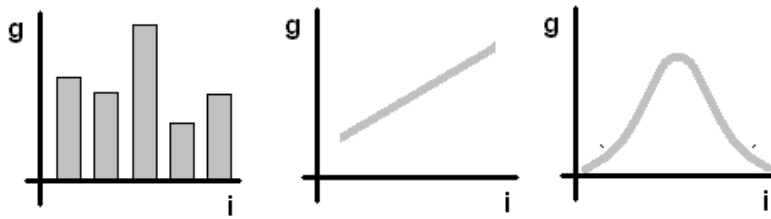
Sulla disponibilità di dati si deve ancora far molto, soprattutto relativamente alla loro tempestività; spesso poi le questioni relative alla tutela della privacy hanno creato troppe difficoltà, senza peraltro spesso offrire reali garanzie di riservatezza. La mancanza poi dell'esplicitazione dell'errore probabilistico delle stime nega la possibilità di considerare la forza della variazione osservata e quindi di assegnarle il giusto peso.

Infine il problema del risk adjustment è un problema poche volte affrontato; la correzione per differenze di strutture demografiche non viene sempre effettuata anche se sarebbe molto agevole farlo e necessario per una giusta interpretazione dei valori degli indicatori. Per la maggioranza delle situazioni poi il risk adjustment non può essere compiuto per mancanza delle informazioni necessarie. Laddove è stato effettuato i risultati sono risultati molto diversi rispetto ai relativi valori grezzi. Su quest'ultimo punto si dovranno sicuramente concentrare le attenzioni future di coloro che elaborano ed analizzano le informazioni necessarie per la valutazione.

b) Tra le problematiche generali legate al monitoraggio si potrebbe parlare dei metodi di scaling e dei sistemi per identificare standard o meglio target programmatici.

I metodi di scaling consistono nel trasformare le scale di misurazione di una variabile e per lo più nel trasformare un indice di misure continue in una variabile discreta; talvolta invece il processo necessario è esattamente il contrario. Ridurre una distribuzione in poche classi può comportare talvolta anche delle gravi distorsioni e quindi l'operazione non è sempre ininfluente.

Ci possono essere giudizi di valore dell'indicatore qualitativo distribuiti alla rinfusa, ci possono essere giudizi di valore lineari o comunque monotonicamente rispetto alla misura dell'indicatore stesso e poi spesso giudizi di valore più elevati al centro della distribuzione ed invece bassi alle estremità. Giudicando un tasso di ospedalizzazione come "migliore se non troppo elevato", non si può considerarlo solitamente ottimo se ad esempio è uguale a zero!



I sistemi utilizzano indicatori qualitativi, ordinali e continui: l'uso di questi e la loro composizione può creare diversi problemi di valorizzazione dell'indicatore.

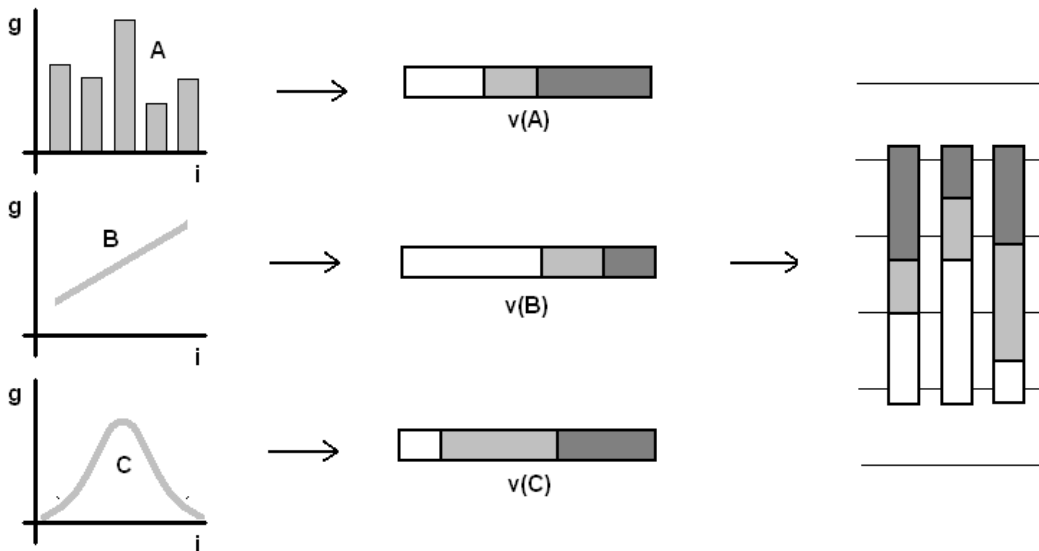
Quando un risultato è meglio e quando è peggio? Se non è possibile trasformare l'indicatore in un "valutatore" attraverso una funzione del tipo:

$$v(j) = g(i(j))$$

(dove g è il giudizio di valore dato alla modalità assunta dall'indicatore i della situazione j), allora è impossibile usare questo indicatore per la valutazione.

Un ulteriore grosso problema è la sintesi dei $v(j)$ se si voglia giungere ad una valutatore sintetico $V(j)$. In particolare $V(j)$ è uguale a $\sum v_n(j)$ dove i v_n sono i vari valutatori singoli e \sum è una loro opportuna funzione di composizione, oppure è uguale a $\sum v_n(j) \cdot w_n$ dove w_n è il peso che il singolo valutatore deve assumere nella funzione di composizione?

Si arriva talvolta a dire che per evitare la soggettività dei pesi non se ne utilizza, ma in questo caso vuol dire assegnare a ciascun valutatore peso 1. E poi se per ogni macro argomento c'è un numero di valutatori differente, allora ciò equivale a dare all'argomento un peso proporzionale al numero di valutatori.



Questa trasformazione da $i(j)$ a $v(j)$ tramite l'operatore g comporta quindi il problema degli "standard", delle "distanze" dagli standard, e quindi, eventualmente, della reazione delle classi di giudizio.

Una operazione infatti che spesso viene fatta è quella di trasformare tutti gli indicatori che si intendono utilizzare per una valutazione in valutatori ordinali ad esempio del tipo: negativo-neutro-positivo, oppure molto negativo-negativo-neutro-positivo-molto positivo.

Oltre alla complessità dell'operazione di singolo scaling (il passaggio da $i(j)$ a $v(j)$ tramite l'operatore g) si aggiunge il problema dell'equivalenza dei differenti scaling.

c) Tra le problematiche generali legate alla valutazione, accenniamo semplicemente al momento più opportuno della valutazione (valutazione ex ante, in itinere ed ex post), ai contenuti della valutazione (valutazione di processo e di risultato), all'oggetto della valutazione (programmi, interventi, personale, investimenti), al rapporto organico ed esplicito con l'articolazione decisionale, ed agli effetti collaterali negativi che la valutazione rischia di indurre.

Ex ante è la valutazione sui programmi e sugli elementi progettuali, in itinere è la valutazione su come si stanno attuando le procedure, ed ex post è la valutazione sui risultati, intermedi o finali, sia in termini di efficacia che di efficienza o di altre dimensioni di rilevanza per la valutazione.

Si può avere una valutazione ex ante molto buona di un sistema che poi invece non ha dato alcun esito positivo, come si può avere una ottima valutazione di processo ed una pessima valutazione di risultato: "l'intervento chirurgico è andato benissimo ed il paziente però è morto".

Questi tre aspetti della valutazione devono per lo più coesistere in quanto determinano ciascuno un differente condizionamento del tipo di decisione e di intervento da adottare.

Rispetto agli effetti collaterali negativi è bene che il sistema di indicatori sia almeno parzialmente variato nel tempo in modo da evitare che l'attività tenda a ottimizzare l'indicatore e non i risultati dell'attività stessa.

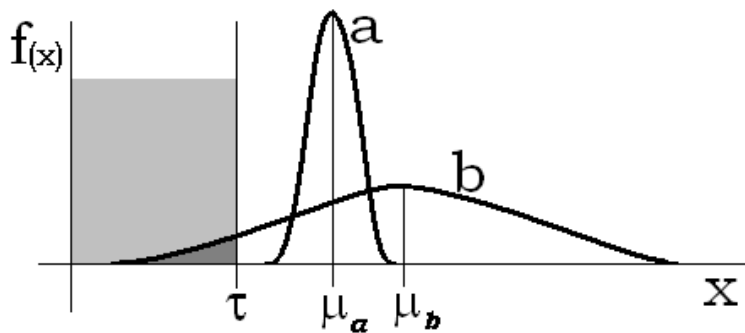
d) Ci sono poi criticità specifiche della descrizione quali ad esempio i problemi di rappresentazione.

Un grafico può comunicare talvolta in modo molto efficace l'informazione quantitativa che, a livello numerico, può non essere sempre del tutto leggibile.

Però un grafico può anche essere molto ingannevole se in modo non evidente introduce implicitamente dei filtri o delle aggiunte che possono dare immagini ed interpretazioni fallaci.

e) Criticità specifiche del monitoraggio, quali la scelta di riferimenti centrali (medie, mediane, ecc) o laterali (percentili, indici di variabilità, ecc.).

A titolo solo di esempio, se adotto come misura di un indicatore areale la media di una variabile dei soggetti residenti nell'area oppure la percentuale di soggetti che hanno un valore inferiore ad una soglia definita, le differenze tra le aree stesse possono risultare anche molto differenti



Non è infatti sempre detto che la media sia l'indice più opportuno. Nell'esempio, se vi è un fenomeno x che ha una distribuzione diversa nelle aree a e b , possono non essere le medie μ_a e μ_b i valori di riferimento, ma magari gli $\int_0^{\tau} X$ cioè la frequenza di unità con valore inferiore al valore target τ che a priori è stato definito come il limite inferiore da non oltrepassare.

f) ed infine vi sono delle criticità specifiche della valutazione quali soprattutto la sua pluridimensionalità che comporta l'individuazione di pesi, e ed anche il ruolo giocato dagli attori (tecnici o politici) nell'individuazione dei valori che entrano nel processo valutativo.

La funzione di sintesi degli argomenti è complessa. Si può tentare talvolta di arrivare ad un valore numerico unico, ad esempio come componente principale di una analisi fattoriale, oppure semplicemente come somma di valori. Tal'altra si preferisce utilizzare una funzione di sintesi grafica, più o meno sofisticata, come i bersagli, le faccette, ecc. Infine spesso si preferisce non esplicitare la funzione di sintesi e lasciarla all'interpretazione del decisore oppure si suggerisce una sintesi ragionata ma non formalizzata in senso quantitativo.

Conclusioni

Non è compito di questa nota arrivare a delle conclusioni; si voleva solo raccogliere alcuni spunti critici e di riflessione. Si può comunque affermare che in una fase iniziale l'avvio di un processo di valutazione è comunque positivo perché pone il problema, e nulla è peggio che non sapere o non voler sapere che è necessario sempre effettuare una valutazione.

In una fase immediatamente successiva, però, è essenziale che una non corretta impostazione del processo valutativo crei più danni che positività; in particolare tra questi vi è l'aumento della resistenza dei soggetti a farsi valutare, la falsa impressione che la valutazione sia eseguita mentre magari lo è solo in apparenza, la distorsione dei risultati cui si è pervenuti che possono innescare decisioni opposte a quelle che si sarebbe correttamente dovuto assumere ed infine la pericolosa convinzione che si debba migliorare la valutazione e non invece la realtà che viene valutata.

Il processo valutativo è un processo quindi che più di ogni altro necessita sia di multidisciplinarietà nelle tecniche, sia di completa condivisione negli attori: e solo se questo accade la valutazione diventa un vero strumento di miglioramento della qualità globale del sistema sottoposto a valutazione.

Bibliografia

Bellini P., Braga M., Rebba V., Rodella S. e Venerami E.

Definizione di un set di indicatori per il monitoraggio e la valutazione dell'attività sanitaria. Rapporto di ricerca commissionato dalla Commissione per la Garanzia dell'Informazione Statistica. Roma, 2002

European Commission, Directorate-General Xvi, Regional Policy And Cohesion.
Indicators for Monitoring and Evaluation: An indicative methodology. The New Programming period 2000-2006.

Methodological working papers

Frenk J.

Building on the Legacy: primary health care and the new policy directions at WHO.

American Public Health Association, Chicago, 1999.

Kelley E., Hurst J.

Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper.

OECD HEALTH WORKING PAPERS, 2006

Torna a elenco 