

Dalla prima pagina

ANALISI AGENAS

Ssn, è tempo di valutazioni

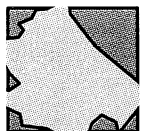
In Italia solo sette ricette - Obiettivo: linee guida omogenee

Valutazione come asse portante del Ssn, ma analizzando i risultati dei servizi erogati e in modo omogeneo su tutto il territorio, rispettando le esigenze delle singole Regioni: chi non "valuta" ancora (due terzi delle Regioni) può imparare a

farlo da chi già lo fa.

Per questo l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali ha avviato una ricognizione tra i sistemi regionali con un occhio alle esperienze straniere.

A PAG. 10-12



Abruzzo

Nel disegno regionale della funzione complessiva di programmazione, controllo e valutazione, la scelta della Regione Abruzzo è ricaduta sul modello della *Balanced scorecard* (Bsc), modificato e integrato per adattarsi alla realtà dei sistemi sanitari. La Bsc si basa su un sistema di indicatori polarizzati rispetto a una serie di "prospettive": risultati (equilibrio economico-finanziario, erogazione dei Lea); pazienti e altri soggetti esterni (come i familiari); processi interni (condizioni gestionali che determinano i risultati come l'assetto organizzativo); innovazione e crescita (sottolinea la valenza aziendale come "sistema destinato a perdurare nel tempo"). Gli altri elementi che caratterizzano il modello sono le determinanti del sistema di misurazione delle performance (aree chiave di risultato; indicatori chiave di risultato; azioni o programmi strategici; obiettivi) e il sistema di relazioni causa-effetto che lega le determinanti.

La Bsc assume un ruolo centrale di coordinamento e integrazione delle azioni di programma aziendali rispetto a quelle regionali, nel rispetto dei principi di governance, rafforzando il concetto di unitarietà del sistema sanitario. Sulla base del Psr 2008-2010 è stata costruita, attorno alle 4 prospettive di base, la mappa strategica che si articola in 13 Aree chiave di risultato, rappresentative dei valori e degli ambiti d'intervento definiti dalla programmazione regionale, fra loro collegate da relazioni di causa-effetto. Il secondo passaggio è stato effettuato mediante la riproposizione del contenuto dei programmi regionali generali in azioni puntuali da collocare nelle aree di risultato. La nuova mappa così contiene 21 programmi, a loro volta articolati in 57 linee d'azione. Per ogni linea d'azione sono stati individuati gli oggetti di verifica utili per valutare il raggiungimento degli obiettivi strategici. Nella mappa integrata quindi si possono identificare le singole azioni da compiere e gli impatti attesi. Questa modalità ha consentito di ottenere una visione sistemica e multidimensionale dei servizi sanitari evidenziando le relazioni esistenti tra azioni compiute in un settore e risultati conseguiti nei diversi livelli di assistenza. Per ogni oggetto è stato poi individuato un indicatore di risultato classificato rispetto al soggetto organizzativo responsabile (azienda, assessorato o sistema). Per ogni indicatore è stato fissato un obiettivo, affiancato dal valore storico ottenuto. Infine, per arrivare a un indicatore sintetico rappresentativo del grado di raggiungimento degli obiettivi per singolo attore e a livello di sistema sono state attribuite alle relazioni di causa effetto nella mappa Bsc un peso relativo, espressione della loro valenza strategica: così nella valutazione le performance di un'Area chiave vengono influenzate da quelle delle altre Aree collegate.



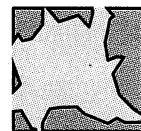
Friuli

La filosofia di fondo della strategia friulana è chiara: se un problema di salute viene giudicato come importante il sistema di misurazione deve fotografare non solo quello che accade a livello regionale, ma scandagliare anche il territorio e, dove possibile, la performance del singolo professionista. È questo il *fil rouge* che percorre il modello di programmazione, contabilità e controllo del Ssr, approvato dal Friuli Venezia Giulia con la legge regionale 49/96.

Un percorso che fissa tempi e modalità della valutazione di tutti gli attori regionali. Stabilendo innanzitutto un preciso ruolino di marcia per le aziende: la pianificazione e la programmazione regionale, le linee di gestione annuali, la produzione della bozza di piano aziendale, la negoziazione con l'Agenzia regionale della Sanità, il piano aziendale definitivo. Che è oggetto di verifiche trimestrali e di un controllo finale per valutare risultati attesi e obiettivi raggiunti.

Sono quattro le aree strategiche su cui si appunta il check della Regione: attuazione dei diritti ed equità dei servizi, efficienza, diffusione delle buone pratiche e miglioramento dei risultati sulla salute della popolazione. E tre gli assi lungo cui si snoda la valutazione: la misurazione di performance, il rispetto di standard predefiniti (audit interno ed esterno e accreditamento) e la valutazione esterna da parte del cittadino. Ma i tre assi «non devono essere dipendenti, ma coerenti e intrecciati. A esempio la gestione della sicurezza del paziente è misurata attraverso indicatori (performance), garantita dai criteri di accreditamento e valutata dallo strumento dell'audit civico usato dai cittadini».

Insomma, un controllo incrociato reso possibile da un sistema informativo e informatico che analizza sostanzialmente tre aree: i costi dei beni sanitari, i costi e le risorse del personale e i volumi delle attività sanitarie. Uno strumento che consente di disporre sempre di informazioni tempestive sullo stato dell'arte delle aziende e dell'intero sistema. Spesso, poi, gli obiettivi sono stati agganciati a «meccanismi premio/sanzione legati al finanziamento aziendale». Come è accaduto con il Pruo, il protocollo di revisione dell'uso dell'ospedale, che ha consentito di ridurre il ricorso alle prestazioni ospedaliere misurando su campioni di cartelle l'appropriatezza del ricovero e di ciascuna giornata di degenza. E ci sono dei casi in cui la misurazione della performance è scesa anche a livello del singolo professionista. Un esempio? La valutazione dei Mmg dove la ricetta friulana si chiama Sie, sistema informativo epidemiologico, che consente di passare al setaccio tutta l'attività dei medici base. Confrontando poi ogni indicatore con i colleghi di gruppo, di distretto, di azienda e di Regione.



Lombardia

La Regione valuta le aziende grazie a un progetto realizzato dalla Joint commission international, articolato su quattro sottoprogetti: valutazione delle performance qualitative; valutazione di outcome; valutazione economica e della produttività; valutazione del management pubblico.

Nel primo le Asl sono state valutate grazie a 46 standard articolati in cinque aree: tutela (decisioni e strumenti per dare indirizzi ad attività prodotte da altre organizzazioni sanitarie. Gli standard sono stati completamente raggiunti nell'82,6% dei casi), controllo (degli erogatori. Gli standard sono stati completamente raggiunti nell'60,3% dei casi), organizzazione (attività di supporto. Gli standard sono stati completamente raggiunti nell'85,6% dei casi), Mmg e Pls (non sui medici, ma sulle modalità con cui le aziende gli hanno dato la possibilità di utilizzare gli standard. Gli standard sono stati completamente raggiunti nell'57,1% dei casi), processi assistenziali.

Per gli ospedali gli standard utilizzati sono stati 58, realizzati tutti oltre il 90-95% dei casi. Anche qui le aree sono cinque: diritti dei pazienti e processi di presa in carico clinici e assistenziali, sviluppo delle risorse umane, gestione dei processi di interscambio di servizi-prestazioni tra e intra strutture sanitarie, sistema informativo amministrativo e clinico, gestione dei processi di miglioramento della qualità.

Il giudizio complessivo sui risultati è buono, ma la valutazione mette in guardia dal non trascurare alcune criticità quali la gestione del consenso informato, la continuità assistenziale interna ed esterna all'ospedale, la gestione delle risorse umane, la gestione della documentazione clinica e il monitoraggio clinico e manageriale.

Per il secondo sottoprogetto i risultati, che riguardano essenzialmente gli ospedali, indicano che tra le 164 strutture pubbliche e private esaminate quelle potenzialmente inefficaci superano di poco quelle efficaci, mentre per il terzo sono stati presi in considerazione gli indici economici di bilancio, i costi attesi standard, il costo di produzione e quello per livello di assistenza. Uno dei risultati dell'analisi indica la distribuzione dei costi tra i livelli di assistenza che mediamente nella Regione è del 3,5% per la prevenzione, 54% al territorio e 41% all'ospedale. L'ultimo sottoprogetto infine è stato utilizzato per dare gli obiettivi ai manager e valutarli ai fini del premio di risultato.

Nel prossimo triennio si intende proseguire il percorso dei primi tre sottoprogetti, con dati aggiornati e l'ampliamento degli standard sulle performance qualitative.



Piemonte

Due strade per la valutazione delle Asl. Da un lato, il check delle "performance" aziendali, secondo la ricetta elaborata dalla direzione regionale del Controllo delle attività sanitarie. Dall'altro, la misurazione attenta dei bisogni e dei risultati di salute, resa possibile dal modello messo a punto dall'Osservatorio epidemiologico. È questa la direzione battuta dal Ssr piemontese per declinare la sfida della valutazione.

Due percorsi distinti e al tempo stesso complementari che «possono essere utilmente valorizzati in modo integrato da decisori interessati a elaborare giudizi di valore sul funzionamento del Ssr utili alle scelte». In altri termini, non si tratta di sistemi applicabili in processi decisionali specifici, ma di efficaci strumenti di lavoro per i decisori.

Il modello di valutazione delle attività sanitarie è stato messo a punto nel 2004 e fa tesoro dell'esperienza già sviluppata alla fine degli anni Novanta. Obiettivo: misurare le performance delle aziende su cinque fronti (prossimità ai bisogni, equità di offerta, efficienza di gestione, appropriatezza di prodotto ed elasticità alle politiche).

Per ciascun ambito sono stati poi individuati tre livelli di analisi: quello aziendale indiviso, quello del-

l'ospedale e quello del territorio. Tre settori cui sono stati collegati obiettivi e relativi indicatori: capacità di risposta, equità finanziaria, adeguatezza/appropriatezza, accessibilità e capacità di cambiamento e di integrazione. Tutti oggetto di schede ad hoc ("metadati") che supportano la misurazione. La maggior parte degli indicatori «ha quale obiettivo di riferimento il valore mediano dei risultati delle aziende sanitarie regionali, fanno eccezione alcuni indicatori che sono caratterizzati da uno standard».

L'Osservatorio epidemiologico ha invece lavorato alla costruzione nel tempo di un patrimonio flessibile di indicatori in grado di poter accompagnare svariati processi decisionali. Come è accaduto con la relazione di accompagnamento all'ultimo Psr piemontese «che è stata realizzata cercando nel patrimonio degli indicatori proprio quelli che meglio rappresentavano il livello di equità e sobrietà nel funzionamento della salute e della Sanità nella Regione».

L'Osservatorio, però, ha sviluppato anche sistemi di valutazione più stringenti laddove un percorso nosologico è stato riscritto secondo criteri "evidence based". Agganciando in questo caso il percorso alla valutazione delle attività sanitarie delle aziende.



Toscana

Il cammino verso una valutazione sistematica delle performance, regionale e per singole aziende è partito in Toscana a fine 2001, quando la Regione affidò al Laboratorio Management e Sanità della Scuola superiore Sant'Anna l'incarico di predisporre un progetto di prefattibilità. Definito il "cosa" e il "come" misurare nel 2003, il progetto è stato sperimentato nel 2004 in quattro aziende territoriali (Pistoia, Pisa e Arezzo) e nell'Aou Pisana. Nel 2005 è stato implementato in tutte le Asl, mentre prima di estenderne l'applicazione alle quattro Aou, in queste ultime è stato attivato un processo di coinvolgimento dei direttori di dipartimento ad attività integrata, finalizzato a definire indicatori specifici, soprattutto per la componente sanitaria. Oggi il sistema è in uso in tutte le aziende; a luglio scorso è stato pubblicato il primo report relativo alla performance della Sanità toscana nel 2006. Entro quest'anno i dati saranno disponibili sul web.

L'obiettivo dichiarato del sistema di valutazione delle performance è stato fin dall'inizio fornire un quadro di sintesi dell'andamento della gestione delle aziende sanitarie, in funzione sia del monitoraggio sia della valorizzazione dei risultati. In ultima analisi, il target finale è il miglioramento del livello di salute dei

cittadini. Le aziende sono autonome nel monitorare gli indicatori di processo per livello assistenziale, a eccezione della valutazione del management, che rientra nell'ambito regionale, visto il rapporto di fiducia che lo lega alla Giunta.

La rappresentazione grafica del modello è un "bersaglio", con cinque fasce di valutazione di colore diverso. E suddiviso in sei settori circolari rappresentativi di altrettante "dimensioni": i livelli di salute della popolazione; la capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale; l'ambito socio-sanitario; il giudizio esterno (da parte dei cittadini); il giudizio interno (livello di soddisfazione del personale delle aziende); la valutazione dell'efficienza operativa e della performance economico finanziaria. Le cinque fasce di colore diverso corrispondono ai livelli di performance: ottima e poi via via sempre inferiore a partire dal centro verso l'esterno del bersaglio.

Ogni azienda vede rappresentata la sintesi della propria performance nel suo bersaglio, in cui sono riportati i valori corrispondenti a 50 indicatori selezionati. Quelli monitorati ogni anno e oggetto di valutazione sono circa 130 e sono alimentati da dati del sistema informativo regionale, dalle aziende o dal Laboratorio Management e Sanità. Per particolari esigenze sono attivati processi di valutazione ad hoc.



Veneto

Un sistema complesso fatto di più tasselli e che ha come fulcro la segreteria regionale Sanità e sociale. È questa la ricetta del Veneto sul fronte della valutazione e del monitoraggio delle performance del sistema socio-sanitario. Un percorso articolato che è strutturato sia in senso verticale che orizzontale. Per garantire un check puntuale di tutti i meandri del sistema.

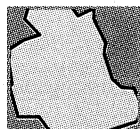
Così il livello verticale è organizzato attorno a tre diversi interlocutori: gli osservatori regionali (collocati presso un'Asl o un'Ao con funzioni di raccolta dati e sviluppo di statistiche periodiche utili al governo in termini di programmazione e controllo); i centri regionali di riferimento (che svolgono un'attività di supporto professionale e operativo alla programmazione regionale e che sono emanazione diretta di singole direzioni regionali della segreteria Sanità e sociale o nuclei organizzativi definiti dentro una o più Asl); l'Agenzia regionale socio-sanitaria (che ha una funzione di sintesi di quanto prodotto dai diversi attori, ma è chiamata anche a evidenziare le priorità su cui intervenire). L'articolazione orizzontale, invece, fa sì che gli osservatori e i centri siano a loro volta strutturati secondo quattro assi: per fasce

di utenza, per patologia, per rete di servizi o tipologia di intervento terapeutico, per area funzionale.

Fin qui la rete di attori che presiedono alla misurazione delle performance del sistema. Due le tipologie di analisi che possono essere prodotte: valutazioni "descrittive" o "interpretative".

Le prime, chiariscono gli estensori del report, «si riferiscono alla raccolta dati e alla presentazione delle informazioni relative alle entità costituenti un sistema sanitario». A cominciare dal bisogno, inteso come le esigenze di salute della popolazione sulla base dell'incidenza e della prevalenza delle patologie e della loro distribuzione sulla popolazione di riferimento. Per passare poi alla valutazione della domanda, cioè del consumo e dell'utilizzo di servizi e prestazioni socio-sanitarie, e dell'offerta, ossia della capacità potenziale e dell'erogazione effettiva di servizi e prestazioni.

Le seconde, invece, si concentrano su quattro fattori: efficienza, efficacia, economicità e soprattutto qualità percepita, riferita all'immagine che sia gli utenti ma anche gli operatori hanno del Ssr. E che è considerata, nella ricetta veneta, il «fondamentale complemento» della qualità oggettiva. Perché la valutazione passa anche da utenti e addetti ai lavori.



Umbria

È scattato nel 2004, un anno dopo l'approvazione del Psr 2003-2005, il via libera al Dvss umbro, il Documento di valutazione dei determinanti di salute e delle strategie del Ssr redatto dall'Osservatorio epidemiologico regionale. Si tratta di uno strumento complementare al Psr, ancora perfezionabile per ammissione degli stessi curatori, ma nato dallo sforzo di affiancare alla fase programmatica quella del monitoraggio degli esiti.

In generale, la caratteristica del modello Dvss sta nella continua ricerca di condivisione delle scelte operate, nella messa a punto di un sistema aperto a revisioni critiche supportate da evidenze e nella promozione di percorsi che mettano in comunicazione la dimensione scientifico-gestionale dei professionisti della salute con la missione del Ssr e con le attese dei cittadini.

Composto da quattro volumi - indicati con le lettere "A", "B", "C" e "D" e dedicati rispettivamente alla salute in Umbria, alla valutazione degli esiti dell'assistenza socio-sanitaria, al grado di raggiungimento degli obiettivi di salute del Psr, all'individuazione degli indicatori di esito con sei monografie - il Dvss si concentra su clinica, governance, sulla centralità dei problemi di salute nella programmazione e degli outcome nella valutazione, sul-

l'osservazione epidemiologica come strumento per migliorare la qualità delle decisioni di politica sanitaria.

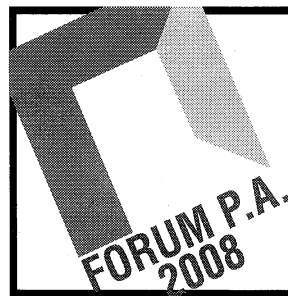
La scelta umbra sulla governance è chiara: responsabilizzare e coinvolgere i professionisti in alcune aree di miglioramento della qualità assegnando la qualificazione della domanda alle équipe territoriali di Mmg e Pls; ridefinire le migliori condizioni di lavoro su più livelli, dal distretto al presidio ospedaliero all'Agenzia regionale per le funzioni amministrative; adottare misure per l'innovazione e individuare una serie di centri interaziendali di supporto alla gestione e alla valutazione delle performance. La cultura dell'outcome si riflette anche nella valutazione dei problemi di salute; mentre al check epidemiologico è dedicata una scheda che considera tutto: dagli aspetti demografici alla situazione nelle singole aziende e nei macrolivelli assistenziali fino al grado di raggiungimento degli obiettivi Psr.

Nel volume B del Dvss sono pubblicati i frutti di un lavoro triennale articolato in due fasi: l'individuazione degli indicatori di esito (elencati nel volume D) per 13 aree assistenziali (dalla mortalità evitabile ai servizi residenziali); la loro misurazione e l'impegno ai fini del miglioramento della qualità assistenziale. Un lavoro concluso grazie alla realizzazione di una serie di progetti di ricerca finalizzata regionale.

FORUM PA/ L'Agenas fa il punto sulle esperienze già operative in sette Regioni

Ssn in cerca di valutazione

Effetti positivi su bilanci e assistenza, ma servono linee guida comuni



Valutazione come asse portante del Ssn. Ma non solo dal punto di vista economico. Si devono valutare anche i risultati dei servizi erogati e soprattutto si deve farlo in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, anche se vanno rispettate le esigenze delle singole Regioni. E intanto, chi non "valuta" ancora (due terzi delle Regioni) può imparare a farlo da chi invece già lo fa.

Per questo l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) ha avviato un lavoro di ricognizione e di confronto tra i sistemi di valutazione regionale nelle sette Regioni che già li hanno, con un occhio anche alle esperienze straniere (v. pagina 12) e ha presentato il frutto dell'analisi nel corso di Forum Pa 2008, la mostra convegno sull'innovazione nella Pubblica amministrazione che si è svolta la scorsa settimana a Roma, nel corso di un convegno sul tema organizzato assieme al vicedirettore del Censis, Carla Collicelli.

Un confronto tra le esperienze regionali esistenti con l'obiettivo di produrre al più presto linee guida da mettere a disposizione anche delle Regioni che non hanno ancora prodotto sistemi di valutazione.

Nella valutazione esistono esempi virtuosi come quelli dell'Abruzzo, dove si è registrato nell'ultimo anno un abbattimento del numero dei ricoveri del

Aldo Ancona: «Benchmarking per i nuovi modelli»

Programmazione e valutazione sono i cardini del Ssn ma finora si è molto programmato e poco valutato. Questo il giudizio di Aldo Ancona, direttore dell'Agenas, che ha sottolineato come invece «le due funzioni debbano essere tra loro correlate, poiché gli indirizzi programmatori non possono non scaturire da un'analisi e da una valutazione dei bisogni e della organizzazione dell'offerta». Finora, secondo Ancona, si è dato spazio a una valutazione di carattere procedurale-amministrativo che prevede molti controlli sugli adempimenti dei soggetti preposti al governo della Sanità, molte verifiche sulla spesa. «Poco è stato viceversa codificato - ha spiegato - in tema di esiti delle cure, di efficienza e performance del sistema, di verifica delle criticità di funzionamento del sistema, sia a livello nazionale che regionale».

Inoltre, Ancona sottolinea la scarsa condivisione delle informazioni anche dove si è avviata la sperimentazione di processi valutativi. Il Patto per la salute, spiega ancora, è intervenuto su questo processo introducendo il concetto di "autovalutazione" delle Regioni sulla qualità del-

l'assistenza erogata, indicando la necessità che «il livello centrale (ministeriale e del coordinamento interregionale) svolga per le Regioni che lo richiedano o comunque per quelle impegnate nei piani di rientro, un ruolo di supporto, servizio e affiancamento finalizzati a una autovalutazione della qualità dell'assistenza erogata».

Secondo Ancona il ruolo che il Patto per la salute assegna alle Regioni, trasforma la valutazione nel terreno su cui si incontrano tecnica e politica: «Non esiste un processo di valutazione avulso dal contesto politico ed esso non è tale se non prevede al suo compimento l'attivazione di una decisione e, se la valutazione è orientata a un processo decisionale, sarà comunque quest'ultimo che ne comanderà i contenuti».

Il limite dell'esperienza realizzata dai sistemi di valutazione analizzati dall'Agenas appare evidente, conclude Ancona, «se si considera che essi rappresentano la metà del Paese: esiste un vuoto di elaborazione su questi temi in ampie zone d'Italia che testimonia uno scarso interesse al problema o una debolezza tecnica delle strutture regionali».

12% e dove si valuta grazie alla Balanced scorecard o della Lombardia che nel 2007 ha recuperato 25 milioni di euro analizzando oltre 100mila schede di dimissione ospedaliera e valuta grazie al modello della Joint Commission

International. O ancora il modello della Toscana che ha elaborato sei indicatori di qualità uniformi e nella valutazione ha inserito anche il settore socio-sanitario, del Piemonte che ha diviso la valutazione delle performance aziendali da

quelle sanitarie e del Friuli Venezia Giulia che valuta anche il singolo professionista o infine dell'Umbria, che ha avviato la sua attività valutativa dal 2004 con il "Documento di valutazione dei determinanti di salute e delle strategie del

Ssr". Ma ciò che è necessario, come emerge dall'analisi dell'Agenas, è individuare un percorso comune che abbia nomenclature uguali per indicare le stesse cose e consenta di misurare in modo analogo risultati ottenuti anche percorrendo strade diverse.

In questo senso l'analisi dell'Agenas ha fissato due obiettivi: offrire alle Regioni che hanno già avviato esperienze in questo campo una sede di confronto e di scambio che possa contribuire ad arricchire, integrare e migliorare i modelli e gli strumenti utilizzati e tentare di estrarre dalle esperienze realizzate un modello che rappresenti un comune denominatore e che possa essere offerto alle Regioni che su questo tema sono ancora indietro.

Il tutto senza però assumere un profilo di "controllo" o "adempimento", tipici di «visioni centralistiche» del sistema nazionale, ma nello spirito della caratteristica di "soggetto terzo" che l'Agenzia ha di cooperazione tra i due livelli istituzionali, regionale e statale, di sede di elaborazioni tecnico-scientifiche a vantaggio di tutto il sistema sanitario nazionale.

a cura di
Paolo Del Bufalo
Giuseppe Di Marco
Celestina Dominelli
Barbara Gobbi