

Esercizi di misurazione delle performance in un servizio sanitario territoriale

Mara Fani¹, Silvia Ferro², Lucia Garramone³, Maria Antonella Arras², Stefania Orecchia⁴

¹Struttura Complessa Assistenza Sanitaria Territoriale ASL TO 1, Torino;

²Struttura Semplice ASL TO 1, Torino; ³Organizzazione dei Servizi Sanitari ASL TO 1, Torino;

⁴Struttura Complessa Assistenza Sanitaria Territoriale ASL TO 1, Torino

Introduzione

Gestire e sviluppare un'organizzazione significa programmare e valutare il management clinico dei pazienti e gli esiti dell'assistenza, attraverso un robusto sistema di *budgeting* fondato su un impianto informativo capace di verificare processi e prodotti. Questi concetti sono presenti nel Piano sanitario nazionale 2006-2008, che tuttavia mette in guardia dal considerare il *budgeting* come strumento di contenimento dell'emergenza finanziaria e indica la necessità di trovare sistemi di valutazione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni rese.

I sistemi informativi aziendali solitamente offrono visioni differenziate del sistema e, stante la situazione economica generale, l'interesse prevalente si concentra sul risultato del bilancio inteso come andamento annuale della spesa; questo è dimostrato anche dalla scelta diffusa di collocare il controllo di gestione nell'area amministrativa (Scheggi, 2006).

Altre informazioni sono costruite ed utilizzate secondo obiettivi diversi. Riesce così complicato avere una visione che collega molteplici aspetti ad un unico sistema e quindi dare coerenza alla mission aziendale (Pellegrini e Toniolo, 2005). Non è detto, infine, che il controllo contabile della spesa nelle aziende sanitarie sia ineccepibile (Persiani, 2006).

Questo avviene nonostante le indicazioni di letteratura affermino la centralità dell'approccio sistemico nell'organizzazione aziendale (Testa, 2000; Bellini et al., 2002; Donzelli, 2004; Fani e Di Stanislao, 2003). D'altro canto il veloce turnover delle direzioni generali delle Asl condiziona scelte per risultati a breve termine.

La valutazione delle prestazioni dirigenziali risente di questi condizionamenti, sicché sono cruciali i report economici sui fattori produttivi utilizzati per garantire un certo numero di prestazioni/utenti in carico (Serpelloni e Simeoni, 2002).

Qualità ed appropriatezza incidono sui costi e su questo il dibattito è in pieno svolgimento (Oecd, 2006; Gimbe, 2008; Martini, 2002; Vecchi, 2006; Macinati, 2008; Casati et al., 2008; Altini e Manduchi, 2005); si stanno infatti sperimentando sistemi di

misurazione della qualità e delle performance per tentare di ampliare l'orizzonte valutativo (Joint Commission, 2008; Nuti, 2007).

A livello di Asl esiste un sistema di *budgeting* che prevede la definizione di risultati attesi e la relativa assegnazione di risorse umane ed economiche. Il processo si sviluppa attraverso una negoziazione preliminare, momenti di verifica intermedia ed una valutazione finale. Esso mostra alcune criticità:

- gli obiettivi riguardano eminentemente l'ammontare economico a disposizione delle strutture complesse e/o la quantità della produzione servita;
- si tratta molto spesso di declinazioni degli obiettivi assegnati dagli assessorati regionali ai direttori generali;
- la sottoscrizione del budget si verifica in corso d'anno, spesso nell'estate o nell'autunno della gestione di riferimento;
- la negoziazione avviene spesso con i rappresentanti del controllo di gestione e meno frequentemente con la direzione generale;
- non tutti i servizi aziendali sono dotati di sistemi informativi confrontabili a livello regionale, quindi eventuali sistemi di *reporting* interno non sono presi in considerazione.

Nell'Asl torinese, cui si riferisce questo lavoro, al pari di molte altre realtà il sistema di valutazione dei singoli dirigenti avviene attraverso una scheda, compilata dal diretto superiore (direttori di dipartimento per i direttori di struttura complessa e questi ultimi per i dirigenti). Si esplorano le conoscenze specifiche della branca specialistica e delle capacità gestionali del professionista (ad esempio, gestione delle risorse umane e dei conflitti, negoziazione, leadership, soluzione di problemi, organizzazione, programmazione, controllo e propensione al nuovo). Il sistema non è scevro da limiti, poiché raramente i direttori di dipartimento sono in grado di verificare le capacità dei direttori di struttura complessa e ancor meno le conoscenze. I direttori di struttura potrebbero avere qualche possibilità in più nel giudicare i saperi dei propri collaboratori, qualora appartenessero

allo stesso profilo professionale, ma la cosa oggi è sempre meno scontata.

In buona sostanza i due principali strumenti di valutazione si traducono in una verifica fondata sulla gestione finanziaria e su competenze individuali genericamente dichiarate.

È quindi difficile sviluppare cultura aziendale e senso di appartenenza dei professionisti, a maggior ragione allorché si tratta di servizi territoriali, dove esiste una carenza di sistemi informativi condivisi, anche in relazione all'eterogeneità delle organizzazioni sul territorio nazionale e regionale.

Ci sono stati tentativi di adozione di modelli più vicini alla cultura medica attraverso strumenti creati *ad hoc*, come la relazione sanitaria annuale dei servizi.

In questo lavoro si esaminano le relazioni sanitarie annuali del triennio 2005-2007, con l'obiettivo di dimostrare la progressione del lavoro in termini quantitativi, ma anche qualitativi, e di verifica delle coerenze nel tempo.

Il triennio 2005-2007 narra la performance dei diversi settori del servizio. Per questo specifico lavoro ci si limita al settore protesica, che si occupa del 3,8% dei residenti dell'Azienda. Questo provvede alla verifica delle prescrizioni specialistiche dal punto di vista amministrativo e sanitario, all'autorizzazione per la fornitura di presidi ed ausili, e alla verifica della fatturazione. L'accesso alle prestazioni è condizionato dal possesso di precisi requisiti (ad esempio, il riconoscimento dell'invalidità civile o la presenza di particolari patologie) e da una prescrizione redatta da medici specialisti. La spesa quindi non è direttamente governabile, ma si può agire sui processi organizzativi.

Nel 2005 il pool di personale assegnato era di molto inferiore a quanto necessario, al punto che si era registrato un importante ritardo nel pagamento dei fornitori ed una contrazione degli orari di apertura al pubblico. Non era possibile procedere ad elaborazioni dell'attività svolta, né della spesa autorizzata, per carenza di sistemi informativi; la maggior parte delle procedure era ancora manuale e derivava essenzialmente dall'applicazione di norme. Le relazioni con i pazienti si limitavano ai contatti allo sportello e ad eventuali reclami a cui rispondere. Per contro il personale presente, consapevole del disagio, era disponibile ad adottare nuovi sistemi di lavoro progettati da professionalità mediche particolarmente motivate.

L'attività è complessa e specifica. Si autorizzano presidi protesici forniti tramite ditte esterne, solitamente a prezzo imposto da un tariffario nazionale, altri forniti a prezzo inferiore ottenuto grazie a gare aziendali, e presidi riutilizzabili attraverso l'uso del servizio di magazzino, che provvede alla sanifica-

zione, igienizzazione ed eventuale riparazione prima della redistribuzione. È possibile ricorrere al magazzino solo per alcuni presidi, ma tanto maggiore è il riutilizzo, tanto più importante sarà il risparmio, perché si evita di acquisire nuovi beni.

Nel periodo considerato, le misure di contenimento della spesa non favorivano certo il reintegro del personale carente nel settore protesica. Le uniche possibilità erano pertanto quelle di agire sui processi, tendendo alla semplificazione delle procedure e alla valorizzazione professionale. Questi obiettivi si sarebbero dovuti realizzare tenendo conto dei vincoli aziendali, del panorama normativo nazionale e regionale, delle pressioni di contesto, ma soprattutto della necessità di raggiungere, mantenere e dimostrare buoni livelli di qualità professionale ed organizzativa, facendo fronte anche alla necessità di migliorare la qualità percepita.

Sono stati quindi definiti gli obiettivi di miglioramento della qualità complessiva, seguendo le quattro prospettive della *balanced scorecard*. Così, nella prospettiva finanziaria, si è previsto l'impianto e la successiva adozione di un sistema di verifica di attività e spesa, e l'implementazione di misure di contenimento dei costi; nella prospettiva del cliente, la verifica della soddisfazione dei cittadini circa il servizio reso e la semplificazione dei percorsi. Gli obiettivi dei processi interni comportavano la valorizzazione e la responsabilizzazione del personale, la cooperazione con altri servizi aziendali e con altri attori sociali per migliorare rispettivamente l'efficienza operativa e la rispondenza alle esigenze della popolazione, un maggior uso di prodotti riutilizzabili ed infine l'acquisizione di capacità per costruire documenti tecnici adeguati per gare d'appalto rispondenti alle necessità dei pazienti e dell'Azienda. La prospettiva di crescita ed apprendimento aveva obiettivi quali la formazione del personale, la partecipazione a convegni e congressi con presentazione di esperienze, la produzione di pubblicazioni e la collaborazione con istituzioni sovraordinate e/o di prestigio.

Materiali e metodi

Si è adoperata una proposta di indice per la relazione sanitaria annuale delle strutture complesse (Sc) per descrivere la Sc Assistenza sanitaria territoriale di un'Asl di Torino e, segnatamente, il settore protesica (Fanì e Nante, 2003).

L'organizzazione della Sc prevede la distribuzione delle funzioni secondo i dirigenti medici presenti; ciascuno produce una relazione circa il proprio lavoro e quello del personale assegnato, per arrivare a comporre quella complessiva della Sc. L'indice si sviluppa in modo da descrivere il modello organizzativo ed il contesto operativo, l'appartenenza alle

macrostrutture aziendali, l'ambiente di riferimento e le variabili normative che possono incidere sull'operatività. Si descrivono le funzioni esercitate nell'anno e si effettuano confronti con gli anni precedenti; si rappresentano le attività in collaborazione con altri servizi o enti, sia in relazione ai processi di integrazione, sia in relazione alla partecipazione ad attività di altre istituzioni, ed eventuali progetti di particolare rilevanza nazionale o internazionale. Si relaziona su obiettivi e risultati, e si elencano le iniziative formative, le docenze e/o relazioni a convegni e congressi, eventuali tutoraggi a professionisti in formazione, le pubblicazioni, la partecipazione a concorsi e le iniziative divulgative svolte. Si riportano infine le azioni in materia di qualità e di soddisfazione del cittadino, e si conclude con un'autovalutazione.

I contenuti sono stati organizzati secondo le prospettive della *balanced scorecard*, lette in un'organizzazione di medie dimensioni (Kaplan e Norton, 1996).

Ci si è ispirati al miglioramento della qualità procedendo per piccoli passi verificabili (Bonaldi, 2002), ed il modello operativo comunemente utilizzato dalla Sc si basa sul ciclo di Deming (Walton, 1994), una sequenza logica di azioni che passa dalla loro programmazione all'esecuzione in circostanze controllate, alla valutazione ed infine all'applicazione a regime.

Il presupposto è che in sanità la qualità professionale prelude la qualità dei processi e la soddisfazione del cittadino dovrebbe farne seguito. Per questa ragione, pur agendo su tutte le prospettive, si è lavorato in modo particolare sulle competenze degli operatori. D'altro canto la prospettiva finanziaria, come s'è detto, è cogente e quindi rappresenta il filo conduttore del lavoro.

Risultati

I risultati sono descritti cronologicamente seguendo gli obiettivi nelle diverse prospettive.

Prospettiva finanziaria

Nel 2005 è stato creato e adottato un software specifico per il settore protesica, in grado di gestire informaticamente il lavoro di sportello e di effettuare rilevazioni statistiche. Da allora è possibile sapere con precisione il volume di spesa e di attività.

Nel 2006 si è operato per affinare i report economici, in quanto esisteva uno scostamento tra gli importi di spesa autorizzata dal settore protesica e quanto invece risultava in termini di spesa effettivamente sostenuta dal servizio, per la differente attribuzione dei presidi integrativi fra servizio farmaceu-

tico e settore protesica. Fatta una valutazione retrospettiva della distribuzione della spesa negli anni, si è concordato un sistema di stima dei costi diversificato fra servizio farmaceutico e settore protesica. In questo modo è stato possibile calcolare, con un'approssimazione piuttosto buona, quanto della spesa autorizzata è sostenuta dal settore protesica.

La spesa ha avuto un andamento in calo fra il 2006 ed il 2005 ed una crescita nel 2007, con un ammontare medio annuo complessivo di circa 5 milioni di euro.

Tra il 2005 ed il 2006 la spesa per i presidi integrativi ha registrato un aumento dell'8,8%, perché si è verificato un incremento significativo delle prescrizioni per il materiale di medicazione ad alto costo. Al contrario c'è stata una riduzione rilevante della spesa per le forniture di presidi protesici.

Nel 2007 sono state seguite 8833 persone con un incremento, rispetto all'anno precedente, del 4,5%.

La spesa non è direttamente correlabile al bacino d'utenza servita, perché la domanda è differenziata fra molteplici presidi con costi assai diversi gli uni dagli altri; inoltre sono sempre più frequenti richieste multiple per singolo individuo. Un indice proxy più adatto a spiegare l'andamento è il numero di autorizzazioni, poiché ad ogni autorizzazione è collegata certamente una spesa, ancorché differenziata negli importi. Così si è visto che le autorizzazioni sono passate da 31.333 nel 2005 a 27.112 nel 2006 ed a 33.543 nel 2007. La domanda quindi presenta un andamento discontinuo. Nel biennio 2005-2006 c'è stata una riduzione delle autorizzazioni del 15,6%, da cui è derivato un decremento di spesa del 13,7%. Tuttavia nel biennio successivo, con il perfezionamento dei sistemi di razionalizzazione, si è potuta contenere la spesa al +14,7% nonostante un'importante crescita della domanda (+24% delle autorizzazioni).

Grazie all'impianto e allo sviluppo del software gestionale è stato possibile accorgersi tempestivamente che nel primo semestre del 2007 si stava verificando un aumento di pazienti, autorizzazioni e costi rispetto alle previsioni di budget. Si sono quindi fatte immediate analisi sia sulle caratteristiche della domanda, sia sui potenziali eventi induttori, come ad esempio il trend delle visite di invalidità civile dei residenti dell'Azienda, che sono infatti passate da 6878 nel 2006 a 7271 nel 2007, con un aumento del 5,7%. Gli ultrasessantacinquenni nel 2005 rappresentavano il 25% della popolazione, passando al 25,3% nel 2007.

Per mezzo del software sono state effettuate analisi anche per singoli presidi erogabili da ditte private, gare aziendali o magazzino.

Ci si è attrezzati per acquisire competenze da spendere nella costruzione di documenti istruttori

precisi e dettagliati, finalizzati allo svolgimento di gare per ottenere presidi a prezzi inferiori a quelli previsti dal tariffario nazionale e per garantirne efficienti modalità di fornitura domiciliare.

In ordine di convenienza il canale più economico è quello delle forniture attraverso il riutilizzo da magazzino, seguito dalle ditte vincitrici di gara e da ultimo dalle ditte private. Tutte le volte che è stato possibile si sono quindi sfruttate le opportunità più convenienti a parità di qualità tecnica delle forniture, garantendo così un minore esborso complessivo.

Le forniture attraverso gare non sono sempre utilizzabili, per vincoli normativi o in caso di particolari personalizzazioni degli ausili.

Quando è possibile fornire prodotti riutilizzabili, oltre che acquistarli tramite ditte, si ottengono vantaggi evidenti. Ad esempio, il riutilizzo delle sole carrozzine pieghevoli ha consentito risparmi da 190.000 ad oltre 270.000 euro annui nel periodo considerato.

La tabella 1, relativa agli importi per le autorizzazioni di letti ortopedici, è solo un esempio di analisi circa le ricadute economiche dell'impostazione operativa data.

La differenza fra le diverse alternative di fornitura è evidente verificando il costo medio per presidio.

Se tutti i letti fossero stati forniti da ditte private, nel 2005 si sarebbe speso 391.000 euro in più, arrivando a 488.000 euro in più nel 2007.

Da ultimo, nel 2006 i dirigenti medici della Sc hanno ottenuto un finanziamento speciale per un obiettivo di contenimento dei costi verificando l'appropriatezza del servizio di ventiloterapia. L'investimento aziendale è costato complessivamente all'Azienda 10.000 euro per ottenere un recupero di 229.000 euro sulla gestione 2005.

Prospettiva del cliente

Il 2005 è stato dedicato all'analisi delle criticità del servizio. Una di queste era certamente il ridotto orario di apertura al pubblico, per cui si è consentito

ai pazienti di prenotare le forniture oggetto di rinnovo per telefono o per fax, individuando due fasce orarie pomeridiane dedicate a questo specifico obiettivo.

Nello stesso anno si è avviato un progetto di collaborazione con l'amministrazione locale. Tale sinergia ha condotto alla realizzazione di uno sportello di accettazione delle richieste di rinnovo delle autorizzazioni presso una sede comunale; il progetto ha incontrato il favore della cittadinanza perché una delle sedi del settore protesica è poco accessibile alla popolazione. Nel 2006 gli amministratori locali hanno inviato una lettera di apprezzamento alla direzione generale dell'Asl invitando l'Azienda a proseguire l'iniziativa, tuttora attiva.

Si è poi proceduto alla formalizzazione della presenza di associazioni di volontariato presso le due sedi operative del servizio. Sono stati reclutati alcuni volontari che, opportunamente formati, gestiscono oramai autonomamente un punto informazioni ed accoglienza durante l'orario di apertura al pubblico.

Sempre nel 2006 si è somministrato un questionario per identificare le criticità percepite dagli utenti del settore protesica, per permettere cambiamenti organizzativi e migliorare la qualità delle prestazioni e delle relazioni tra operatori ed utenti.

Hanno risposto 495 soggetti. La maggior parte erano parenti o vicini di casa che solitamente si recano presso il servizio per supportare pazienti portatori di disabilità; il 91,9% ha giudicato favorevolmente il lavoro degli operatori, e il 92,3% degli intervistati ha dato un giudizio positivo del servizio di accoglienza. Fra gli insoddisfatti prevaleva la fascia di età compresa tra 20 e 39 anni, seguita da quella 40-64 anni; i più soddisfatti erano gli anziani. La maggior parte delle criticità era relativa alle lunghe attese allo sportello e qualche intervistato segnalava la carenza di personale; una parte delle critiche era legata alla complessità degli iter burocratici e una percentuale fra il 4 ed il 4,7% chiedeva che fossero migliorate le comunicazioni telefoniche e le informa-

Tabella 1 - Autorizzazioni per letti ortopedici secondo modalità di fornitura, costo medio complessivo e unitario. Settore protesica di una Asl torinese. Anni 2005-2007

	2005			2006			2007		
	N. letti	Importo (€)	Costo medio	N. letti	Importo (€)	Costo medio	N. letti	Importo (€)	Costo medio
Da ditta privata	5	5.525,04	1.105,01	1	1.174,01	1.174,01	7	7.536,53	1.076,65
Da gara	115	33.455,65	290,92	96	21.370,16	222,61	155	39.655,20	255,84
Da magazzino	329	16.292,25	49,52	353	15.619,50	44,25	410	20.166,00	49,18
Totale	449	55.272,95	123,10	450	38.163,67	84,81	572	67.357,73	117,76

zioni agli utenti. Infine il 25% circa degli intervistati ha colto i progressi ottenuti nel tempo e la cortesia degli operatori.

Durante il 2007 si è richiesto all'Urp l'elenco delle segnalazioni pervenute dal 2002 al 2006, per confrontarle con quanto derivava dai questionari di gradimento somministrati l'anno precedente. Ne è emersa una certa coerenza fra i suggerimenti e le azioni attuate (riduzione delle code agli sportelli, possibilità di accesso telefonico, per fax, via mail, tempestività nelle risposte); le associazioni coinvolte nella gestione del servizio e gli amministratori locali sono stati parte attiva del processo.

È stato avviato un progetto sperimentale concordato con l'associazione che raduna il maggior numero di officine tecniche ortopediche autorizzate alla fornitura di presidi. Questo prevede una riduzione dei passaggi dei pazienti fra i fornitori e il servizio, utilizzando la tecnologia informatica: le persone in possesso di prescrizione specialistica possono recarsi direttamente dal fornitore di fiducia, il quale trasmette online e in modo protetto la descrizione del preventivo. L'autorizzazione viene ritrasmessa dal servizio al fornitore con lo stesso mezzo, evitando all'interessato le peregrinazioni per la consegna dei documenti agli uni e agli altri, come avveniva in precedenza. Alla fine del 2007 la sperimentazione è andata a regime ed è stato predisposto un progetto analogo che coinvolge le farmacie del territorio, in funzione della buona riuscita dell'iniziativa che ha anche condotto alla riduzione della pressione agli sportelli.

Prospettiva dei processi interni

Il software sviluppato ha avuto successo, tant'è che l'Assessorato regionale ha consigliato il suo utilizzo a tutte le Asl. A livello locale il programma informatico ha continuato ad evolvere tecnicamente, consentendo sempre maggiori elaborazioni.

Nel 2005 si è revisionato il processo operativo, differenziando gli atti a valenza amministrativa da quelli a valenza sanitaria, procedendo alla formazione, responsabilizzazione e valorizzazione del personale amministrativo, che ora può apporre la propria firma sulle autorizzazioni ove le valutazioni sono di esclusiva competenza. Ne è derivato un iter più appropriato e più veloce, anche grazie all'uso di moduli informatizzati.

È ora possibile conoscere il numero di pazienti e le caratteristiche anagrafiche, le autorizzazioni, gli articoli forniti, e la spesa differenziata per costo medio e per fasce di età.

Il costo medio per autorizzazione mette in evidenza che le fasce di età 0-19, 20-39 e 40-64 anni, numericamente meno numerose rispetto agli ultrasessantacinquenni, sono quelle che impegnano più risorse. Ci sono più pazienti femmine che maschi,

ma questi ultimi hanno un costo medio per autorizzazione maggiore in ogni classe di età considerata.

La distribuzione per fasce di età e sesso si mantiene pressoché inalterata negli anni considerati, e gli over 65 rappresentano il 70% del totale dei pazienti.

Nel 2007 si è dettagliato il sistema di *reporting* circa i vantaggi dell'uso del magazzino e da quell'anno è possibile avere un quadro dell'effettivo risparmio ottenuto. L'analisi comparativa è stata restrittiva: la spesa dei principali presidi forniti tramite magazzino è stata stimata nel caso si fosse scelto di utilizzare i prezzi da gara, più vantaggiosi rispetto a quelli praticati dalle ditte private. Il risultato si è attestato su un risparmio di 563.581 euro per la fornitura di 1211 diversi presidi (letti, carrozzine, sollevatori, etc.).

L'adozione di una nuova ditta di fornitura domiciliare di presidi per l'incontinenza ha garantito un risparmio medio di circa il 25% rispetto alla precedente, ma l'incremento di pazienti che fruiva del servizio (passati dal 40% a circa il 60% del totale) ha lievitato la spesa del settore protesica. Questo accade perché la spesa della fornitura diretta ricade sulla Sc, mentre se i pazienti si approvvigionano presso le farmacie territoriali la spesa è attribuita al servizio farmaceutico; tuttavia con la fornitura diretta l'Azienda nel suo complesso spende molto meno.

I professionisti del settore protesica hanno condotto l'istruttoria tecnica finalizzata all'espletamento della gara per la fornitura del servizio di ventiloterapia. Dal 2006 si è così avviato un nuovo servizio che comprende non solo le macchine specifiche, ma anche il materiale d'uso ad esse connesso, a prezzi certamente più convenienti che in passato; infatti il confronto della spesa precedente con quella attuale mostra un risparmio medio annuo di circa 41.000 euro su 213 pazienti in carico.

Nel 2007 si è lavorato per l'identificazione delle specifiche tecnico-organizzative a supporto di una gara per le forniture da magazzino. Con la nuova gara si sono create le condizioni di un maggior utilizzo di questo servizio; secondo le osservazioni sul primo semestre del 2008, si evidenzia un +100% rispetto al 2007.

È stata istituita una commissione interdisciplinare per esaminare i casi complessi, in cui occorrono pareri plurispecialistici; è stata anche prevista la presenza delle associazioni dei disabili, in ordine ad una valutazione più ampia possibile del beneficio di specifici ausili per la gestione dell'autonomia domiciliare.

Con il servizio di Recupero riabilitazione funzionale si sono attivati sistemi di cooperazione nella valutazione dell'appropriatezza delle prescrizioni.

Con il servizio di Cure domiciliari si sono definiti i protocolli attuativi per la fornitura semplificata di

ausili ai pazienti seguiti a casa, e per la corretta informazione alle famiglie e agli operatori.

Prospettiva di crescita ed apprendimento

Il personale amministrativo ha avuto ogni anno occasioni formative, spesso organizzate all'interno dell'Azienda; nel 2005, in particolare, i dirigenti del settore hanno organizzato e gestito un corso di perfezionamento sulle procedure protesiche.

I medici hanno ottemperato all'obbligo di ottenere i crediti Ecm, individuando occasioni coerenti con le esigenze formative professionali e di servizio. Oltre a corsi relativi alle disabilità e a materie cliniche finalizzate alla valutazione prescrittiva, sono stati valorizzati percorsi relativi all'economia sanitaria, all'integrazione e reti sociosanitarie, alla multiculturalità, all'organizzazione sanitaria. Si è ancora puntato su eventi formativi legati alla qualità; infine si è promossa la partecipazione ad un master di II livello sull'epidemiologia, sociologia, economia e organizzazione dei servizi sanitari.

C'è stata la partecipazione a convegni e congressi con la presentazione di poster e comunicazioni e si sono prodotte pubblicazioni su riviste scientifiche (tabella 2).

Oltre a queste iniziative, i medici sono stati coinvolti in gruppi di lavoro regionali: un dirigente ha collaborato ad un gruppo dal quale è scaturita una deliberazione di giunta regionale, la n. 45-14975 del 17/3/2005: "Individuazione del percorso per l'erogazione degli ausili nell'ambito delle cure domiciliari".

Il lavoro di un dirigente medico sull'appropriatezza prescrittiva in ambito protesico, condotto nel 2007, ha portato al suo reclutamento come esperto in organizzazione dei servizi sanitari nel Gruppo di coordinamento della rete regionale ausilioteche (determinazione regionale DA2013 n. 11 del 11/01/2008).

Lo stesso dirigente ha partecipato al progetto Urban II a favore dello sviluppo sostenibile di città e quartieri in crisi dell'Unione europea per il periodo 2000-2006, presentando modelli di interazione con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

Nel 2006 i medici hanno partecipato al concorso 'Premio Forum PA Salute 2006' con un lavoro relativo alla relazione fra modifiche organizzative ed impianto di un software gestionale nel settore protesica.

Nel 2007 hanno partecipato all'iniziativa organizzata dalla Regione in merito alla 'Buona sanità' con un abstract dal titolo "Dalla percezione dei cittadini al cambiamento: l'esperienza del settore protesica".

Infine, nel 2007 i medici sono stati tutor di una tirocinante fisioterapista per una tesi di laurea che ha ottenuto il massimo dei voti.

Conclusioni e discussione

L'esercizio compiuto è un tentativo di applicare metodi di analisi organizzativa anche a livello di struttura complessa, verificandone le possibilità applicative.

La relazione annuale di attività, ancorché discorsiva, contiene molti degli elementi necessari a mettere in luce le performance del servizio; pertanto si è dimostrata assai utile oltre che duttile, dato il suo potenziale utilizzo per diversi obiettivi informativi.

Visione e strategia del servizio si sono espressi attraverso un percorso organico negli anni, che non è concluso, in quanto per definizione ogni risultato è preludio di nuovi obiettivi futuri.

Si è lavorato soprattutto con strumenti atti a chiarire il quadro nel quale si opera ed a perfezionare i processi. La prossima tappa sarà quella di affrontare gli aspetti relativi agli outcome, particolarmente complessi perché è difficile definire l'esito per questo tipo di pazienti. Sarebbe interessante integrare le informazioni con quelle di altri servizi/settori per una lettura basata sull'Icf (International classification of functioning, disability and health) e quindi su un concetto esteso di salute, poiché valutare l'outcome da parte del solo settore protesica appare piuttosto limitato.

Tabella 2 - Attività divulgativa secondo gli argomenti. Settore protesica di una Asl torinese. Anni 2005-2007

	Publicazioni	Poster	Comunicazioni
2005	Liste d'attesa degli anziani in Piemonte (8)	Revisione processi operativi per la qualità del settore protesica (10) Strumenti per la valutazione della qualità del settore protesica (11)	
2006		Soddisfazione dei cittadini per il settore protesica (12)	
2007	Ottimizzazione qualitativa ed economica del settore protesica (9)		Semplificazione e qualità del settore protesica (13)

In questo lavoro i dirigenti medici hanno cercato di affrontare il problema dei costi dell'assistenza protesica ampliando le prospettive di valutazione e ragionando su diverse componenti che incidono sull'andamento economico. Si è dimostrato che c'è relazione fra prospettiva di sviluppo professionale, capacità di incidere sui processi e l'orientamento al cittadino. Questa esperienza ha portato risultati, e ci sono state anche ricadute positive in termini di motivazione e soddisfazione da parte degli operatori, sia per i progressi compiuti, sia perché si è ridotto il carico di lavoro meno qualificato a favore di una migliore visione di insieme ed un maggior impegno verso prospettive di crescita. Non ultimo, l'utilizzo delle diverse prospettive di analisi ha consentito anche di raffinare il sistema di valutazione individuale della dirigenza medica.

Il limite è che strumenti simili non sono richiesti ed utilizzati comunemente nelle Asl, mentre sono molto più frequenti verifiche finanziarie che favoriscono approcci settoriali. Il rischio è quello di effetti paradossi derivanti da comportamenti opportunistici che le Sc potrebbero adottare per non incorrere nello 'splafonamento' dal budget ad esse assegnato.

Dal momento che c'è condivisione sulla necessità di analisi sistemiche e che esistono le condizioni per farlo, l'auspicio è che l'approccio alla *balanced scorecard* si estenda più diffusamente nelle Aziende sanitarie.

Bibliografia

- Altini M, Manduchi A (2005), Analysis of the medical professional governance. The case of Québec, *Journal of Medicine and the Person*, 3 (1): 19-23.
- Bellini P, Braga M, Rebba V et al. (2002), *Definizione di un set di indicatori per il monitoraggio e la valutazione dell'attività sanitaria*, Rapporto di ricerca Commissione per la garanzia dell'informazione statistica, Presidenza del Consiglio dei Ministri. Disponibile online all'indirizzo: <http://www.governo.it/Presidenza/statistica/attivita/rapporti/2002/02.03.pdf>. Ultima consultazione: febbraio 2009.
- Bonaldi A (2002), Come migliorare la qualità professionale, *G Ital Nefrol*, 19 (21): 14-20.
- Casati G, Di Ghionno E, Di Vincenzo F et al. (2008), L'evoluzione dei sistemi di valutazione delle performance dei servizi sanitari. Il caso della regione Abruzzo, *Monitor*, VII (20): 15-57.
- Donzelli A (2004), Allineare a etica e salute della comunità dei cittadini le convenienze dei diversi attori in sanità, *Mecosan*, 13 (50): 131-147.
- Fani M, Di Stanislao F (2003), Azioni strategiche direzionali a sostegno del sistema di valutazione della dirigenza medica in una Asl del centro Italia, *Ig Sanita Pubbl*, LIX (4): 253-266.
- Fani M, Nante N (2003), La relazione annuale di attività nelle strutture complesse di Asl. Sperimentazione di un modello, *Mondo Sanitario*, 10: 17-21.
- Fani M, Lovaldi F, Garramone L et al. (2005), Riduzione delle liste d'attesa per l'assistenza sociosanitaria agli anziani in Piemonte, *Mondo Sanitario*, anno XII, 9: 22-27.
- Fani M, Ferro S, Garramone L (2007), Utilizzare le competenze del servizio protesica: come risparmiare offrendo servizi migliori, *Mondo Sanitario*, 11: 15-20.
- Ferro S, Garramone L, Fani M et al. (2005), *La revisione dei processi operativi per il miglioramento della qualità. Il caso del settore protesica dell'Asl 2 di Torino*, Atti del 15° Congresso Nazionale della Società Italiana per la qualità dell'Assistenza Sanitaria-SIQuAS (29/9-1/10/2005), Modelli e strumenti per la qualità in sanità e la sicurezza dei pazienti: le raccomandazioni della SIQuAS per la clinical governance, Bari.
- Ferro S, Garramone L, Fani M et al. (2005), *Strumenti per la valutazione della qualità in settori operativi 'inconsueti': la rivisitazione del settore protesica dell'Asl 2 di Torino*, Atti del 15° Congresso Nazionale della Società Italiana per la qualità dell'Assistenza Sanitaria-SIQuAS, Modelli e strumenti per la qualità in sanità e la sicurezza dei pazienti: le raccomandazioni della SIQuAS per la clinical governance, 29 settembre-1 ottobre 2005, Bari.
- Ferro S, Garramone L, Fani M (2006), *Dalla percezione dei cittadini al cambiamento: l'esperienza del settore protesica della Asl 2 di Torino*, Poster al XVI Congresso della Società italiana per la qualità dell'assistenza sanitaria, 15-18 novembre 2006, Assisi.
- Ferro S, Garramone L, Fani M (2007), *Semplificazione e qualità: l'esperienza del servizio protesica*, Comunicazione al XVII Congresso internazionale della Società italiana per la qualità dell'assistenza sanitaria, La qualità nel sistema sanitario, Strategie per un sistema di welfare equo ed etico: il ruolo dei servizi sanitari, 7-10 novembre 2007, Reggio Emilia.
- Joint Commission (2008), *Performance measurement initiatives*. Disponibile online all'indirizzo: <http://www.jointcommission.org/PerformanceMeasurement/PerformanceMeasurement/>. Ultima consultazione: febbraio 2009.
- Gimbe (2008), *Position statement. Il governo clinico nelle aziende sanitarie*. Disponibile online all'indirizzo: http://www.gimbe.org/gimbe/statement/ps_gc.htm. Ultima consultazione: febbraio 2009.
- Kaplan RS, Norton DP (1996), *Balanced scorecard: translating strategy into action*, Boston, HBS Press Book.
- Macinati S (2008), The relationship between quality management systems and organizational performance in the Italian National Health service, *Health Policy*, 85: 228-241.
- Martini M (2002), La valutazione nelle aziende sanitarie: tipizzazione e approccio metodologico. Disponibile online all'indirizzo: <http://valutazioneitaliana.it/documenti/bologna/Relazione%20sintetica%20paper%20%20Bologna%202002/martinipaper.pdf>. Ultima consultazione: febbraio 2009.
- Nuti S (2007), *Il sistema della valutazione della performance della sanità toscana*, Report 2006. Disponibile online all'indirizzo: <http://www.meslab.sssup.it/sito/uploads/File/Il%20sistema%20di%20valutazione.pdf>. Ultima consultazione: febbraio 2009.
- Oecd (2006), *Health care quality indicators project*. Oecd health working papers. Disponibile online all'indirizzo: <http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf>. Ultima consultazione: febbraio 2009.
- Pellegrini L, Toniolo F (2005), Tanti sistemi tanti linguaggi, *Monitor*, IV (13): 2-7.
- Perotti L (2000web), Implementare la balanced scorecard in una organizzazione sanitaria, *Economia Aziendale*, 2006, 3: 77-107.
- Persiani N (2006), *La rilevazione della spesa delle aziende sanitarie*, Nota CERM n. 12, Finanza Pubblica & Riforme. Disponibile online all'indirizzo: http://cermlab.it/_documents/NotaCERM12-06.pdf. Ultima consultazione: febbraio 2009.

- Serpelloni G, Simeoni E (2002), I sistemi di reporting: principi e criteri di funzionamento, in *Quality management. Indicazioni per le Aziende socio-sanitarie e il Dipartimento delle dipendenze*, Venezia, Veneto Sociale, La Grafica Ed, 345-356.
- Scheggi M (2006), *Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie. Note a margine del dibattito in corso sul futuro possibile del Ssn*. Disponibile online all'indirizzo: <http://www.health-management.it/CDG.pdf>.
- Testa R (2000), *L'applicazione dei Drg nella struttura pubblica in rapporto alla normativa vigente*, dal Convegno *Controllo e gestione delle Aziende Sanitarie*. Disponibile online all'indirizzo: http://www.economiasanitaria.it/primopiano/download/IIMS97_01.pdf. Ultima consultazione: febbraio 2009.
- Vecchi G (2006), La misurazione delle performance per migliorare le politiche pubbliche e le strategie, in AAVV, *Misurare per decidere. La misurazione delle performance per migliorare le politiche pubbliche e i servizi*, Collana Analisi e strumenti per l'innovazione del Dipartimento della funzione pubblica, Soveria Mannelli (Cz), Rubbettino Editore.
- Walton M (1988), *The Deming management method*, New York, Perigee Trade.