



SABINA NUTI

LA PERFORMANCE DEL SISTEMA SANITARIO
TOSCANO E LE MODALITÀ DI UTILIZZO
DEL SISTEMA

Il sistema di valutazione della performance è stato applicato in tutte le aziende sanitarie territoriali della Toscana nel 2005, mentre nel 2006, con le dovute specificità, il sistema è stato introdotto anche nelle aziende ospedaliero-universitarie. Dal 2006 il sistema è stato utilizzato anche quale punto di riferimento per il sistema di incentivazione delle direzioni generali aziendali. Nel mese di luglio del 2007 i risultati conseguiti dalle aziende nel corso dell'anno precedente sono stati pubblicati in un report [Nuti 2007] che è stato presentato e distribuito alla Giunta e al Consiglio Regionale, nonché ai sindaci e a tutti coloro che ne hanno richiesto una copia.

Nei paragrafi seguenti saranno evidenziati i risultati conseguiti dal sistema nel suo complesso, come questi sono stati collegati all'incentivazione, e come infine siano stati utilizzati per supportare i processi di miglioramento e di identificazione degli obiettivi di azione per il triennio successivo.

1. *La performance della sanità toscana del 2006*

Nel 2006 le aziende sanitarie toscane, mediante il sistema di valutazione introdotto, hanno avuto modo di misurare la performance conseguita. In base ai risultati ottenuti dalle singole aziende del sistema è stato possibile predisporre anche il bersaglio a livello Regionale (vedi fig. 1).

A tale livello di analisi il sistema sanitario ha ottenuto una performance positiva su alcuni indicatori e una performance media nella maggior parte degli indicatori selezionati. Questo è chiaramente dovuto al fatto che i risultati rappresentati sul





bersaglio regionale, soprattutto nel primo anno di elaborazione, sono determinati dalla media dei risultati conseguiti dalle aziende e ricadono, quindi, nella terza fascia. Negli anni successivi al primo di elaborazione, la Regione è stata in grado di individuare un obiettivo di azione per ciascun indicatore, ed il posizionamento dell'indicatore del bersaglio si è spostato dal livello intermedio in base alla capacità del sistema regionale di migliorare. I dati nel bersaglio si riferiscono al 2006, ad eccezione degli indicatori B5, B13, di quelli di salute della popolazione e di alcuni indicatori della dimensione F che si riferiscono invece al 2005.

Anche se il bersaglio regionale, elaborato sulle medie dei risultati delle aziende, non presenta alcun indicatore sulla prima fascia, quella esterna, questi sono invece presenti in alcuni casi nei bersagli delle singole realtà aziendali.

I bersagli delle singole aziende appaiono in realtà assai differenti con un maggior numero di punti estremi nelle prime due fasce esterne e nelle prime due interne. Si veda a titolo di esempio i bersagli relativi alla performance delle aziende AUSL 9 di Grosseto e 11 di Empoli (vedi fig. 2 e 3).

Un'analisi più dettagliata sul metodo adottato per la valutazione di ciascun indicatore e sui risultati conseguiti dalla aziende toscane in ciascuna delle sei dimensioni di analisi è presente nella quarta parte di questo volume. In questo capitolo si vuole quindi solo descrivere la sintesi della valutazione lasciando ai capitoli successivi un'analisi più dettagliata delle determinanti specifiche.

Come appare dal bersaglio regionale (fig. 1), gli indicatori in cui si registra la performance più elevata sono quelli relativi alla dimensione esterna. I cittadini hanno infatti espresso un giudizio significativamente positivo relativamente ai servizi sanitari su cui è stata realizzata l'indagine di soddisfazione – ossia il servizio di ricovero, il pronto soccorso e il percorso materno infantile. Ottima la performance raggiunta riguardo al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e specialistiche da erogare entro i 15 giorni per la prima visita (indicatore B3). Nel 2007, la valutazione è stata estesa anche alle prestazioni diagnostiche.



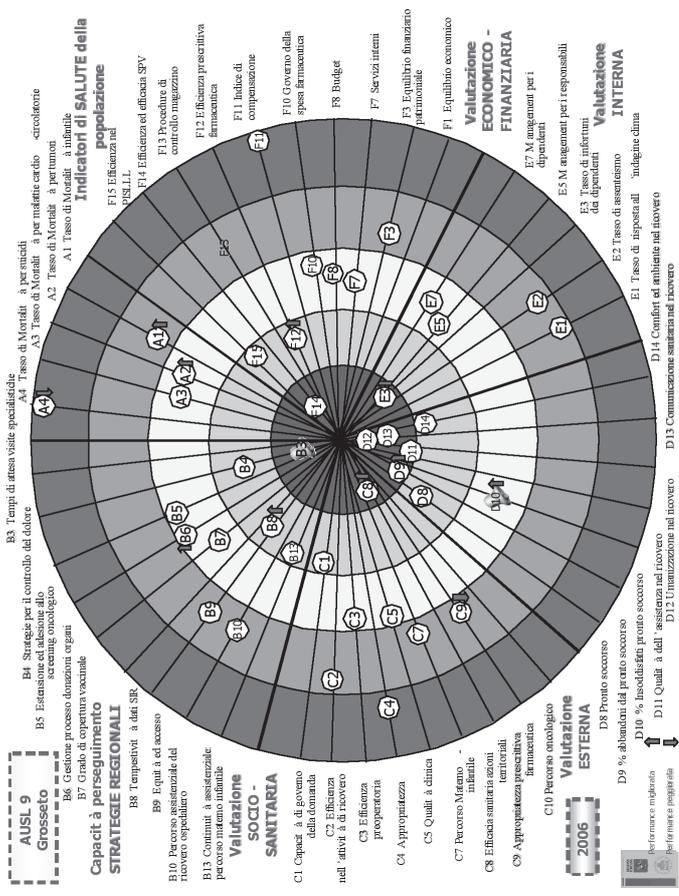


Fig. 2. Il bersaglio 2006 della Ausl 9 di Grosseto



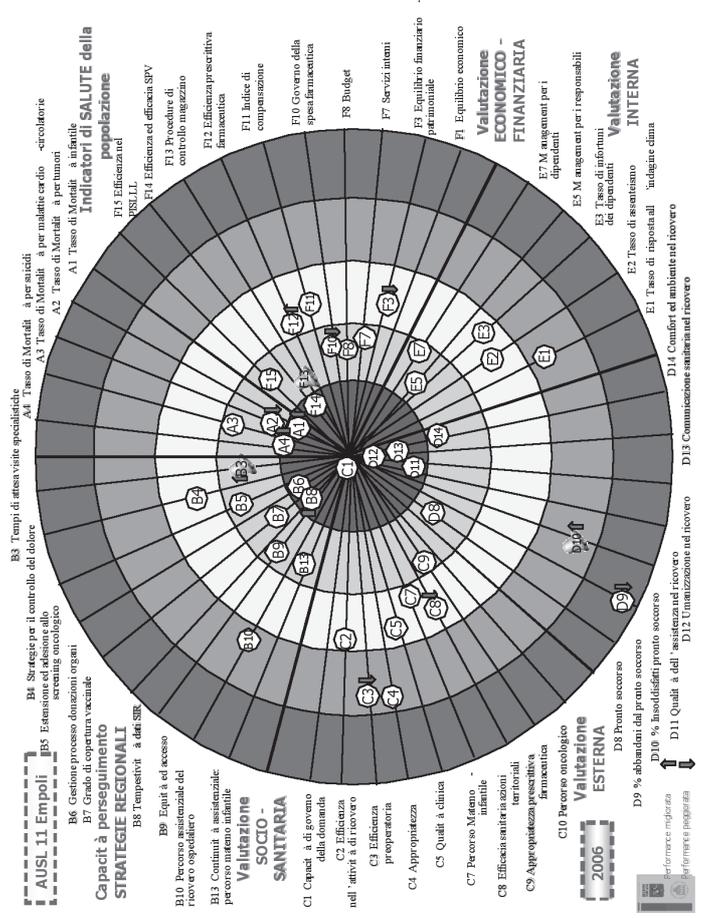


Fig. 3. Il bersaglio 2006 dell'Ausl 11 di Empoli





Pur rimanendo elevata la soddisfazione media, appare ancora alto il numero di utenti insoddisfatti dei servizi di pronto soccorso (indicatore D10) e si registrano alcune criticità nella continuità e nel coordinamento del percorso assistenziale di ricovero ospedaliero (indicatore B10).

Per quanto riguarda i servizi di emergenza infatti, l'obiettivo è stato costruito sulla diminuzione del numero di utenti totalmente o molto insoddisfatti del servizio ricevuto. Questa scelta nasce dalla considerazione che è certamente importante aumentare il numero di utenti soddisfatti, ma è ancora più importante diminuire quello degli insoddisfatti.

Ciò che determina l'insoddisfazione nei servizi non è ciò che, in positivo, crea soddisfazione [Zemke e Schaaf 1989; Venison 1983]. Se la sala d'attesa del pronto soccorso risulta sporca e le sedie insufficienti, l'utente sarà assai insoddisfatto, ma all'opposto, la sala pulita e le sedie in numero adeguato rispetto agli utenti non sono fattori che determinano la soddisfazione del paziente. Ciò che invece potrà influire una volta raggiunti gli standard percepiti quali minimi o «igienici» del servizio, sarà, per esempio, una comunicazione adeguata e personalizzata da parte del personale. Un utente che quindi si dichiara totalmente insoddisfatto è certamente reduce di un'esperienza di servizio in cui sono risultati inadeguati i fattori «igienici», ossia aspetti di base percepiti come minimi indispensabili. Forse può essere troppo complesso in alcuni casi erogare un servizio che ottenga la massima soddisfazione degli utenti, ma certamente vanno evitate le mancanze che ne determinano la totale insoddisfazione, anche perché questa preclude, se non risolta, qualsiasi possibilità di percezione positiva. Inoltre gli utenti insoddisfatti tendono a diffondere e a comunicare il disagio ricevuto molto più diffusamente nella propria comunità di appartenenza, con evidente danno all'immagine del soggetto erogatore [Garlatti 1992].

Nella dimensione di valutazione interna si registrano dei punteggi bassi. Assai critico è l'indicatore E1, che registra una scarsa performance sul tasso di risposta dei dipendenti all'indagine di clima: la bassa adesione è un significativo segnale di sofferenza e di scarsa attenzione alle problematiche aziendali.





Poiché le aziende mostrano una notevole variabilità in molti degli indicatori presenti nella dimensione socio-sanitaria, a livello regionale si registra una performance media, ad eccezione di un indicatore (*C9 - appropriatezza farmaceutica*), dove la valutazione si basa su uno standard definito a livello regionale, proprio per spingere le aziende al miglioramento del processo.

Tra le misure presenti nella dimensione relativa alla capacità di perseguire le strategie regionali, significativo è l'indicatore relativo all'indice di latenza, che misura la tempestività, dell'invio dei dati riferibili ai diversi flussi informativi da parte delle aziende alla Regione. Se in tale ambito si misura la percentuale di Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) inviate nel corso del 2006 (vedi fig. 4) rispetto al corrispondente periodo del 2005, si evidenzia un processo di straordinario miglioramento. Si passa da una percentuale del 54% sul totale – nell'invio di aprile –, al 96% dell'invio di gennaio 2007. Tale indicatore ha una triplice valenza: è significativo per esprimere la capacità di cambiamento delle aziende sanitarie toscane, dimostra che se i dati sono

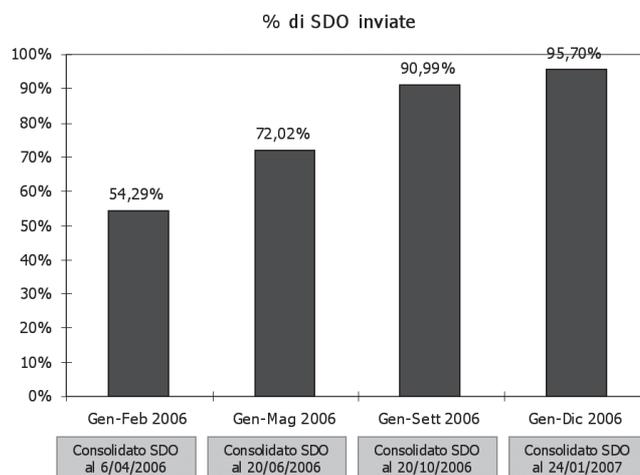


FIG. 4. % di SDO inviate nel 2006 rispetto al numero di ricoveri erogati nel corrispondente periodo del 2005





adeguatamente utilizzati e tornano alle aziende, queste sono più attente all'invio nei modi e nei tempi richiesti e infine segnala la volontà di aderire ad un sistema che permette una valutazione più trasparente e chiara della performance aziendale.

Infatti, per raggiungere a gennaio 2007 la percentuale del 95 % di invio relativa alle SDO del 2006, è stato necessario che tutti gli operatori e i sistemi informativi aziendali sostenessero al riguardo un elevato impegno. Ricevere con tempestività e continuità nel tempo una reportistica capace di evidenziare i processi di miglioramento conseguiti dalle aziende del sistema a confronto ha sicuramente consolidato il rapporto di fiducia ed invogliato i soggetti del sistema a fare del loro meglio per alimentare il sistema informativo regionale.

Monitorando la performance degli indicatori che sono stati oggetto di valutazione nel 2006 e che sono confrontabili con i valori del 2005, a livello regionale si registra per le aziende sanitarie territoriali un miglioramento della performance nel 68% dei casi, mentre per le aziende ospedaliero-universitarie il miglioramento della performance è pari al 61%.

La differenza può dipendere dal fatto che le aziende ospedaliero-universitarie hanno adottato il sistema un anno dopo quelle territoriali e che hanno avuto meno tempo per orientare la propria azione in linea con gli indicatori oggetto di verifica. In questo primo periodo di adozione del sistema di valutazione della performance le aziende hanno registrato capacità diverse di attivare processi di cambiamento e di perseguire miglioramenti nei risultati negli indicatori del sistema.

È necessario infatti un certo lasso di tempo prima che il processo di valutazione si affermi e porti i suoi frutti nelle organizzazioni. Grazie all'esperienza di questi primi tre anni di utilizzo del sistema, oggi è possibile prevedere che, in genere, nel primo anno di implementazione di un indicatore, è assai complesso riuscire a muovere i risultati delle aziende sanitarie. Benché gli indicatori siano generalmente usati nel sistema almeno un anno senza valutazione e solo nell'anno successivo valutati e diventino base per la definizione di un obiettivo, le organizzazioni sanitarie hanno bisogno di abituarsi al cambiamento. Nel corso del primo anno si discute ancora spesso della validità dell'indicatore,





a volte perdendo tempo e non concentrandosi su ciò che può effettivamente modificare il risultato. L'esperienza ci conferma che nella maggioranza dei casi è solo nel secondo anno che le unità organizzative riescono a concentrare gli sforzi e a far seguire all'analisi del problema una serie coerente di azioni capaci di modificare il risultato. Questo dipende anche dal fatto che gli indicatori del sistema si riferiscono non ad aspetti puntuali, ma monitorano risultati complessivi che necessitano di molteplici interventi per ottenere un cambiamento significativo. Tipico è l'esempio dell'indicatore C3, che misura il numero medio di giornate di degenza prima dell'intervento chirurgico programmato. Lo standard richiesto alle aziende toscane è una giornata, in quanto si ritiene che sia inutile ed anche dannoso, oltreché oneroso, attendere più di un giorno per un intervento programmato. Le aziende che registrano oltre due giornate di degenza media pre operatoria conseguiranno l'obiettivo solo se riusciranno a attivare una serie di interventi di riorganizzazione interna, quali l'attivazione di un percorso di preospedalizzazione che permetta al paziente di realizzare *prima* del ricovero tutti gli esami e le visite necessari per svolgere in sicurezza l'intervento chirurgico, o ancora una separazione chiara della gestione dei percorsi per le prestazioni programmate rispetto a quelle di emergenza. Si tratta in entrambi i casi di azioni complesse che coinvolgono molti settori dell'organizzazione.

Il grafico che segue evidenzia l'andamento di tutti gli indicatori del bersaglio confrontabili tra il 2005 e il 2006. La colonna più chiara evidenzia il risultato – in termini di valutazione da 0 a 5 – ottenuto nel 2005, mentre la parte più scura evidenzia il cambiamento ottenuto nel 2006, in positivo o negativo rispetto al dato del 2005. Come appare evidente dal grafico il numero di indicatori in cui si registra un miglioramento è nettamente superiore a quelli in cui la performance è peggiorata, dimostrando la capacità del sistema di attivare cambiamenti, certamente anche grazie al sistema di reporting introdotto.



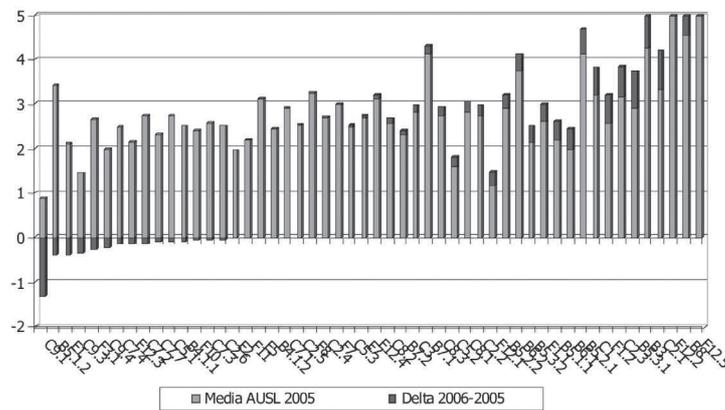


FIG. 5. Punteggi 2005 e variazione 2005-2006 degli indicatori Aziende USL (media regionale)

Significativo è anche analizzare quali indicatori registrano tra le aziende alte variazioni di risultato e quali invece hanno un allineamento regionale.

È ipotizzabile che la performance degli indicatori con bassa deviazione standard sia frutto delle strategie o caratteristiche proprie del sistema sanitario, mentre quella con alta variabilità sia determinata maggiormente dalle scelte del management aziendale. I risultati ad alta variabilità dipendono molto dall'organizzazione, nonché dalle competenze professionali presenti in ciascuna realtà aziendale. Nel primo gruppo molti indicatori dell'area di «valutazione esterna», nel secondo gruppo molti indicatori di valutazione socio sanitaria e di efficienza operativa. I cittadini toscani sono in generale molto soddisfatti dei servizi ricevuti, o meglio: è probabile che approvino complessivamente le strategie e l'organizzazione del sistema sanitario regionale.

Assai variegata, invece, le performance nella dimensione socio-sanitaria e quella di efficienza operativa, che dipendono molto di più dai professionisti e dall'assetto organizzativo presente in ogni azienda. In tali aree la responsabilità del management aziendale è più evidente e maggiori sono le





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

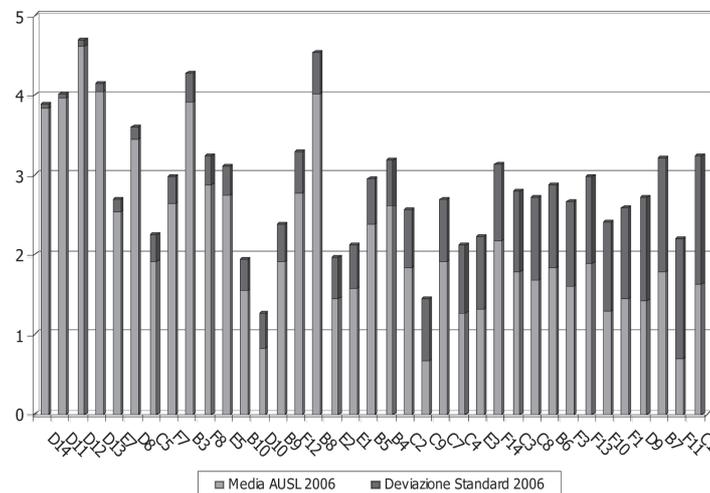


FIG. 6. Punteggi 2006 e deviazione standard degli indicatori Aziende USL (media regionale)

2. *L'integrazione con il sistema di incentivazione per la direzione generale*

Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana, ha previsto dal 2006 l'integrazione con il sistema di incentivazione delle direzioni generali delle aziende sanitarie territoriali e ospedaliero-universitarie. Fin dalla sua progettazione infatti, la Regione aveva richiesto alla Scuola Superiore Sant'Anna di considerare anche questo aspetto.





L'incentivazione per le direzioni generali può incidere fino al 20% della retribuzione complessiva. Fino al 2005 questa era basata sulla capacità dei direttori generali di mantenere le aziende in condizioni di equilibrio economico, integrata in alcuni casi con progetti specifici condotti dal management. Tra assessorato e direzioni generali però non vi era un sistematico processo di definizione e negoziazione di obiettivi, né vi era una misurazione specifica e oggettiva, ad eccezione che per gli aspetti economici.

Dal 2006 invece, grazie al sistema di valutazione della performance, è stato possibile individuare tra gli indicatori monitorati quelli di maggiore rilevanza a cui collegare l'incentivazione. La capacità di mantenere l'azienda in condizioni di equilibrio economico nel 2006 ha pesato per il 50% dell'incentivazione, mentre la percentuale restante è stata collegata al perseguimento degli obiettivi monitorati dal sistema di valutazione della performance (Delibera n. 32/2008, valutazione 2006; Delibera n. 802/2007, criteri di incentivazione 2007).

Nel corso del 2007, successivamente alla pubblicazione dei dati, è stata calcolata l'entità dell'incentivazione 2006 per ciascun direttore generale. Per la prima volta questa non è stata pari ad oltre il 90% per tutti i direttori generali, come avveniva negli anni precedenti, ma è risultata diversificata dal 48 al 72%.

Per gli anni successivi, il sistema ha previsto ulteriori modifiche. Se infatti gli incentivi nel 2006 sono stati assegnati in base ad una valutazione «dicotomica», ossia positiva o negativa in base al punteggio puntuale conseguito, nel 2007 la Regione Toscana ha assegnato l'incentivazione per ogni obiettivo individuato in proporzione percentuale al miglioramento conseguito. Nel 2006 infatti alcuni direttori generali non avevano conseguito alcuna incentivazione anche su obiettivi in cui l'azienda aveva raggiunto un risultato assai migliore dell'anno precedente pur se non aveva centrato perfettamente l'obiettivo assegnato per valori minimi.

La componente economica conta oggi, nel 2008, per il 20% dell'incentivazione ed il restante 80% si distribuisce su diversi ambiti, come nella tabella seguente.



**Allegato 1: OBIETTIVI 2008****Aziende Sanitarie Locali**

	Incentivi		
	% singolo indicatore	% dimensione	
Valutazione sanitaria			
Tasso di ospedalizzazione standardizzato	3	22	
Tasso di ricovero per polmonite >= 60 anni	1		
Tasso di ricovero per BPCO >= 65 anni	1		
Tasso di ricovero per scompenso cardiaco >= 65 anni	2		
Tasso di ricovero per diabete con cc a lungo periodo > 17 anni	1		
Degenza media pre-operatoria (grezza)	4		
Percentuale drg medici dimessi da reparti chirurgici	2		
Percentuale colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg	1		
Percentuale fratture dell'anca operate entro 2 giorni dall'ammissione	3		
Percentuale parti cesarei depurato	2		
Percentuale ricoveri degenza >30gg per popolazione residente	1		
Indice di performance degenza media	1		
Conseguimento strategie regionali			
Tempi di attesa prestazioni diagnostiche (% visite entro 30gg)	2	22	
Estensione ed adesione allo screening	2		
Copertura vaccino antinfluenzale	2		
Percentuale di individuazione dei potenziali donatori di organi	1		
Percentuale di donatori effettivi di organi	1		
Tempestività di trasmissione dei flussi al Sistema Informativo Regionale	2		
Completezza schede SDO: livello di scolarizzazione	2		
Continuità assistenziale: copertura guardia medica	2		
Hospice	2		
Riorganizzazione pronto soccorso	2		
Progetto PSR Sanità di iniziativa: Malati cronici	1		
Implementazione ospedale per intensità di cura	2		
Progetto PSR: Cup- reti informatiche- carta sanitaria	1		
Valutazione esterna (del cittadino)			
Riduzione percentuale insoddisfatti Qualità globale del Pronto Soccorso	3	10	
Riduzione percentuali insoddisfatti Coordinamento del ricovero ospedaliero	3		
Soddisfazione della capacità di informazione sui servizi offerti dalle AUSL	2		
Soddisfazione dell'organizzazione dei servizi del distretto	2		
Valutazione interna (risorse umane)			
Tasso di assenza	3	6	
Tasso di risposta all'indagine di clima interno	1		
Valutazione della formazione	1		
Valutazione del management (dipendenti e responsabili)	1		
Efficienza economica			
Accordi di bilancio	16	20	
Spesa farmaceutica convenzionata	2		
Spesa farmaceutica ospedaliera	2		
Obiettivi di Area Vasta			
Programmazione Sanitaria	4	10	
Obiettivi ESTAV*	4		
Percentuale fughe extra Area Vasta	1		
Percentuale fughe extra Regione	1		
<small>*Si veda tabella allegata obiettivi ESTAV</small>			
Sintesi dei risultati di valutazione			
(performance positiva-performance negativa)/n. totale indicatori	10	10	
TOTALE	100	100	
Elemento aggiuntivo:	Obiettivi aziendali specifici	10	10

FIG. 7. Sistema di incentivazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Toscane - Anno 2008





Tra questi ambiti si evidenziano le dimensioni su cui è costruito il sistema di valutazione nel suo complesso, ma con una selezione di obiettivi a cui è collegata un'incentivazione specifica. Si tratta di un set di indicatori, selezionati ogni anno, che sono considerati capaci di evidenziare la «tenuta del sistema», ossia indicativi dello stato di salute dell'organizzazione. È il caso di indicatori quali il tasso di ospedalizzazione standardizzato, la misurazione delle degenze medie, il tasso di assenza o l'estensione e adesione agli screening oncologici. Altri rappresentano invece le priorità di intervento per quell'anno. Si pensi all'indicatore relativo alle donazioni di organi o alla razionalizzazione dei servizi di continuità assistenziale. Oltre agli obiettivi collegati al sistema di valutazione vi sono inoltre degli obiettivi relativi a specifici progetti, dove il raggiungimento dell'obiettivo rimane dicotomico, ovvero l'azienda avrà assegnata l'incentivazione se realizza il progetto nei modi e tempi previsti. È il caso della programmazione sanitaria di Area Vasta¹: è stato richiesto a ciascuna Area Vasta di presentare, entro il mese di giugno 2008, il proprio piano per il triennio 2008-2010 in cui siano valutati i livelli di servizio reso, gli eventuali vuoti di offerta o di produzione inappropriata per la componente di attività ospedaliera. Sulla base di tale piano sarà possibile rivedere gli accordi relativi alle compensazioni tra aziende, ad oggi fermi ad una definizione di 3 anni fa, che prevedeva un margine di manovra tra aziende della stessa Area Vasta non superiore al 2% del valore delle prestazioni erogate.

Gli obiettivi connessi agli indicatori sono fissati per ciascuna azienda sulla base dei risultati conseguiti l'anno precedente, richiedendo un miglioramento della performance differenziato in base al punto di partenza. All'azienda che presenta il miglior risultato viene proposto di conseguire

¹ L'Area Vasta rappresenta il network in cui sono organizzate più Ausl e un'Azienda ospedaliero-universitaria che insiste su un territorio sovraprovinciale. In Toscana le Aree Vaste sono tre: Area Vasta Centro comprendente Ausl 3, Ausl 4, Ausl 10, Ausl 11, Aou Meyer, Aou Careggi; Area Vasta Nord-Ovest comprendente Ausl 1, Ausl 2, Ausl 5, Ausl 6, Ausl 12, Aou Pisana; Area Vasta Sud-Est comprendente Ausl 7, Ausl 8, Ausl 9, Aou Senese.





un lieve miglioramento rispetto a quelle aziende con una scarsa performance a cui è chiesto un miglioramento più rilevante. Con tale approccio, pur prevedendo diversi obiettivi specifici per azienda, la Regione nel complesso si propone di conseguire a livello di sistema, un determinato livello di miglioramento in linea con le strategie espresse nel Piano Sanitario Regionale e nelle delibere approvate dalla Giunta.

Vi è infine un indicatore di sintesi, di risultati di valutazione che vale il 10% dell'incentivazione complessiva, e che viene calcolato considerando la performance di tutte le misure presenti sul bersaglio. In particolare, l'indicatore prende in considerazione la differenza tra il numero di indicatori con performance positiva (posizionati nelle prime due fasce interne) e il numero di indicatori con performance negativa (posizionati nelle prime due fasce esterne).

Tale differenza è successivamente rapportata al numero di indicatori presenti sul bersaglio. L'obiettivo per tutte le aziende è il 50%.

Firmato l'accordo tra Assessorato e direzioni generali ad inizio anno, trimestralmente il Laboratorio *Management e Sanità* predispose la reportistica relativa al set di indicatori selezionati per l'incentivazione. Questa reportistica rappresenta la documentazione di supporto negli incontri periodici tra Assessore e Direttori Generali, che sono stati realizzati per seguire nel tempo le strategie di azione delle singole aziende. La reportistica è stata strutturata in modo da evidenziare l'andamento di ciascun indicatore oggetto di incentivazione e segnalare con un doppio segno verde ($\sqrt{\sqrt{}}$) il raggiungimento dell'obiettivo. Di seguito si riporta un esempio di scheda di monitoraggio trimestrale degli obiettivi 2008.



**Allegato2: Obiettivi con indicatore numerico**

AUSL X

Stima completezza invio dati SDO (flusso ricoveri):

90,94% Gen-Dic 2007 al

Stima completezza invio dati CAP (Certificato di Assistenza al Parto):

97,81% 20/01/08

	Risultati 2006	Obiettivo 2007	Risultati 2007	
Qualità efficienza appropriatezza sanitaria				
Tasso di ospedalizzazione std	179,04	174,97		
Tasso di ricovero per polmonite ? 60 anni	680	579	779	↓
Tasso di ricovero per BPCO ? 65 anni	302		229	✓✓
Tasso di ricovero per scompenso cardiaco ? 65 anni	1691	1138	2046	↓
Tasso di ricovero per diabete con cc a lungo periodo > 17 anni	46,81	32,24	41,38	✓
Degenza media pre-operatoria grezza	2,04	2,12	1,27	✓✓
Percentuale drg medici dimessi da reparti chirurgici	31,60%	28,99%	31,51%	=
Percentuale colecistomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg	0,42%		2,79%	✓
Percentuale fratture dell'anca operate entro 2 giorni dall'ammissione	53,57%	60,00%	51,22%	↓
Percentuale parti cesarei depurato	21,68%	18,40%	17,69%	✓✓
Percentuale ricoveri degenza >30gg per popolazione residente	1,36%		1,17%	✓
Indice di performance degenza media	-0,64		-0,74	✓
Conseguimento strategie regionali				
Tempi di attesa prestazioni diagnostiche (% visite entro 30gg)*		>90%	89,79%	✓✓
Estensione ed adesione allo screening	2,27	3,16		
Copertura vaccino antinfluenzale	65,21%	>75%		
Tempestività di trasmissione dei flussi al Sistema Informativo Regionale	37,15%	39,24%		
Completezza schede SDO: livello di scolarizzazione				
Continuità assistenziale: tasso di copertura guardia medica		1:5000		
* Periodo di riferimento marzo-dicembre 2007				
Valutazione esterna (del cittadino)				
Riduzione percentuale insoddisfatti Qualità globale del Pronto Soccorso	9,83%	4,71%	5,68%	✓
Riduzione percentuali insoddisfatti Coordinamento del ricovero ospedaliero	11,65%			
Soddisfazione della capacità di informazione sui servizi offerti dalle AUSL			35,54%	
Soddisfazione dell'organizzazione dei servizi del distretto			67,27%	
Valutazione interna (risorse umane)				
Tasso di assenza* (escluse maternità)	7,92%		8,93%	↓
Tasso di risposta all'indagine di Clima Interno	25,33%	>50%	34,04%	✓
Valutazione della formazione		> 3	3,20	✓✓
Valutazione del management (dipendenti e responsabili)	2,85	> 3	2,79	↓

FIG. 8. Scheda per rilevazione obiettivi e risultati

3. Il processo di informatizzazione del sistema di valutazione

Fin dalla fase di progettazione iniziale è stato chiaro sia al team di ricerca del Laboratorio *Management e Sanità*, sia alla Regione Toscana che, successivamente ad una fase di sperimentazione e validazione del sistema di valutazione della performance, sarebbe stato necessario un investimento specifico nell'informatizzazione del sistema stesso.

Nei primi anni di utilizzo infatti il sistema si è basato da un lato sul sistema informativo regionale per l'estrazione di una parte dei dati, dall'altro ha utilizzato dati prodotti diret-





tamente da indagini condotte dallo stesso laboratorio Mes (vedi fig. 10).

DIMENSIONI DEL BERSAGLIO	FONTI
INDICATORI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE (A)	ARS Toscana
CAPACITA' PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI (B)	<ul style="list-style-type: none">• Flussi ministeriali e regionali• Enti, Organizzazioni sanitarie• Indagini MeS sugli utenti (CATI)
VALUTAZIONE SOCIO-SANITARIA (C)	Flussi ministeriali e regionali
VALUTAZIONE ESTERNA (D) Campione da 300 a 600 utenti ad azienda	Indagini MeS sugli utenti (C.A.T.I.): <ul style="list-style-type: none">• sulla popolazione• sugli utenti ricoverati• sulle partorienti• sugli utenti del PS
VALUTAZIONE INTERNA (E) Campione da 400 a 1300 dipendenti (dal 2008 intera popolazione)	<ul style="list-style-type: none">• Indagine MeS di clima organizzativo (C.A.W.I.)• Flussi aziendali
VALUTAZIONE EFFICIENZA OPERATIVA E DINAMICA ECONOMICO-FINANZIARIA (F)	<ul style="list-style-type: none">• Flussi ministeriali e regionali• Bilanci aziendali

FIG. 9. Le dimensioni del bersaglio e le fonti dei dati

Oltre al reperimento delle informazioni e dei dati², compito fondamentale del Laboratorio Mes è stato l'elaborazione degli indicatori per la valutazione, con la relativa assegnazione dei punteggi e quindi la successiva collocazione di ciascun indicatore di sintesi sul bersaglio, percorso descritto nei paragrafi precedenti.

A ciascuna azienda e alla Regione, fino al 2007 è stata fornita la reportistica specifica su carta e su supporto elettronico, ossia su un CD che permetteva la visualizzazione del bersaglio in cui ciascun punto ivi riportato era collegato con modalità ipertestuale con l'indicatore, rappresentato in benchmarking con i risultati delle altre aziende e con il confronto con l'anno precedente.

I dati del sistema di valutazione dal 2008 sono invece accessibili mediante il web sul portale <https://report.sssup>.

² Nella Parte quarta per ogni dimensione vengono illustrate dettagliatamente le fonti dei dati e le metodologie applicate per la valutazione di ciascun indicatore del sistema.





it³ con accesso tramite password da parte delle aziende e della regione (vedi fig.11) [Cerasuolo, Nuti 2008].

Ciascuna azienda può interrogare il sistema in qualsiasi momento ed ottenere il bersaglio «last» con i dati disponibili più aggiornati. I dati sono rappresentati sul bersaglio quando sono consolidati per il periodo di riferimento ed è possibile procedere alla loro valutazione e all'assegnazione del punteggio relativo. Se nel corso dell'anno viene realizzata un'indagine sulla soddisfazione dell'utenza, questa è reperibile sul sito web appena conclusa e la valutazione che ne emerge compare in tempi rapidi sul bersaglio «last».

Gli indicatori relativi alla dimensione sanitaria sono invece calcolati trimestralmente, per fornire alle aziende e alla Regione un'indicazione sul loro andamento nell'anno, e presenti sul web ma senza valutazione. Questa compare sul bersaglio solo quando i risultati sono consolidati a livello annuale, ossia nei primi mesi dell'anno successivo.

Questa modalità di accesso all'informazione ha permesso di ampliare molto la loro conoscenza e il loro utilizzo nelle aziende. Entro il 2008 la prospettiva è di rendere il sistema su web, accessibile a tutti i cittadini.

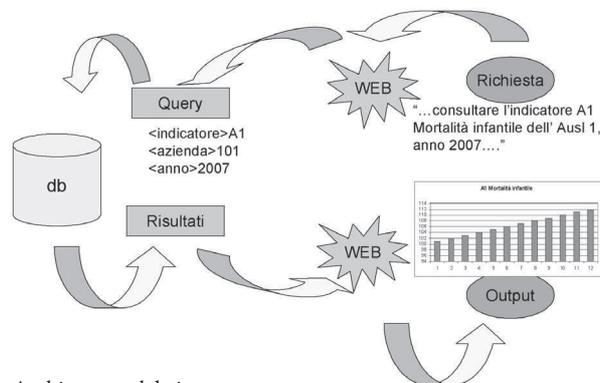


FIG. 10. Architettura del sistema

³ Per la costruzione dell'architettura del sistema è stata sviluppata un'applicazione per la quale è stata richiesta la brevettazione. In particolare grande merito per questo lavoro di notevole rilevanza ed utilità deve essere dato a Domenico Cerasuolo, che fin dall'inizio ha seguito l'informatizzazione del sistema.





4. *Il sistema di valutazione per individuare i «margin di manovra» nel governo delle aziende e della sanità regionale.*

Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana oltre ad essere strumento di governance ormai fondamentale sia a livello regionale che aziendale ha permesso anche di percorrere un cammino mai percorso sistematicamente fino ad oggi nel contesto della pubblica amministrazione italiana. La possibilità di poter conoscere oltre alla misura del proprio risultato conseguito anche il riferimento di quelli ottenuti dalle altre organizzazioni operanti nel sistema permette infatti di impostare una serie di considerazioni e valutazioni completamente nuovi nel contesto del nostro paese.

Già Banchieri (2005) aveva già raccolto le migliori esperienze di benchmarking nella sanità italiana, nella maggioranza dei casi relativi alla valutazione della qualità dei servizi erogati, sia in termini clinici, sia relativa alla percezione dei cittadini. Nella antologia da lui curata edita nel 2005 sono presentate esperienze e progetti interessanti in cui però ancora non si coglie le possibili ripercussioni dell'applicazione del confronto da strumento di analisi a strumento a supporto del management nelle decisioni relative all'allocazione delle risorse e agli interventi per massimizzare l'efficienza a favore dell'efficacia.

Molti autori (si veda tra gli altri Horgreen, Foster, Datar, 1998) propongono il confronto dei costi aziendali con quelli sostenuti da altre organizzazioni quale strumento importante e assai valido tra i meccanismi di contabilità per la direzione a supporto dei processi decisionali e di gestione.

Nel contesto sanitario americano, per esempio, già da anni la Market Insight che opera a San Francisco esamina le informazioni di costo sottoposte agli organismi federali di controllo provenienti dai maggiori ospedali americani. La MI sviluppa rapporti di benchmark che mostrano i livelli di costo di un ospedale confrontati con quelli di numerosi altri ospedali americani. I rapporti possono essere predisposti a livello di ospedale nel suo complesso oppure per uno specifico raggruppamento diagnostico.

Nel contesto della pubblica amministrazione italiana questa





tipologia di informazioni presenta una significatività estremamente elevata perché è tipico del nostro contesto presumere di aver già ottenuto la massima efficienza del sistema e che difficilmente si possa agire per diminuire i costi sostenuti, al massimo si considera possibile adoperarsi per contenerne l'aumento.

Questa era la prospettiva presente anche nella sanità toscana. L'inerzia dei costi dovuta all'incidenza minima dei costi variabili sul totale delle risorse impiegate da un lato e la forte cultura di autoreferenzialità dall'altro, comportava che nelle fasi di valutazione dell'adeguatezza delle risorse allocate dalla Regione a ciascuna Ausl annualmente si considerasse impossibile prevederne una diminuzione a parità di prestazioni prodotte. Spesso le direzioni aziendali lamentavano di non avere più alcun spazio di manovra per migliorare l'efficienza e che ormai tutto era stato già tentato per garantire la corretta allocazione e l'utilizzo delle risorse. La presenza di eventuali deficit e disequilibri di bilancio quindi era certamente più da imputare ai criteri di pesatura della quota capitanata non perfettamente rispondenti ad evidenziare i fabbisogni differenziati di servizi da parte della popolazione che non a inefficienza dell'azienda sanitaria. Le aziende ospedaliere universitarie invece identificavano nel non aggiornamento delle tariffe per le prestazioni di ricovero la causa delle loro perdite, soprattutto per i DRG ad elevata complessità. La Regione d'altro canto aveva poche misure per valutare sistematicamente gli output realizzati quindi la negoziazione si basava per lo più sul rapporto di fiducia tra Assessorato e Direzioni Generali.

La possibilità di avere a disposizione un sistema di ben 130 indicatori in benchmarking ha permesso di modificare l'approccio al problema. La presenza di una così elevata variabilità di performance nella maggioranza degli indicatori monitorati dal sistema ha dimostrato l'esistenza di assetti organizzativi e comportamenti adottati assai differenziati tra le aziende e che a queste scelte può essere in larga misura imputata la differenza dei risultati conseguiti. Far emergere le differenze per la prima volta ha testimoniato al sistema che in molti degli ambiti indagati le aziende avevano spazi di miglioramento provati dal fatto che una, o più, o addirittura la maggioranza delle altre istituzioni





del sistema riusciva a conseguire output superiori. Queste evidenze hanno permesso di abbattere gli «alibi», eliminare il termine «impossibile» e costruire la nuova cultura del «possibile». Il confronto è diventato un vero e proprio «metodo di lavoro» (vedi fig. n. 12) che ha permesso di individuare per ciascuna azienda le aree di intervento. Tra queste alcune hanno permesso alle aziende di effettuare una riflessione in termini di recupero di efficienza rispetto ad obiettivi «possibili» in quanto già raggiunti da altri soggetti del sistema.

Il confronto come metodo di lavoro

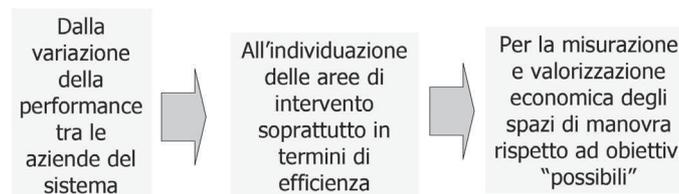


FIG. 11. Il confronto come metodo di lavoro

Il metodo adottato quindi ha previsto di analizzare tutti gli indicatori e di verificarne il possibile impatto in termini di utilizzo di risorse.

L'analisi delle aree di intervento è stata effettuata considerando due ipotesi di riferimento capaci di segnalare il minimo e il massimo raggiungibile da ciascuna azienda e dal sistema:

- Ipotesi di miglioramento minimo, ossia i cambiamenti ottenibili se tutte le aziende con performance scarsa raggiungono risultati in linea con la MEDIANA delle aziende o, in alcuni casi, la MEDIA regionale.
- Ipotesi di miglioramento massimo (best practice): corrispondente al raggiungimento da parte di tutte le aziende del sistema della best practice regionale.

Per garantire la sostenibilità di lungo periodo del sistema e per attivare processi di budgeting aziendali «credibili» e motivanti,





è necessario infatti agire sulle «determinanti» dei costi, ossia sui comportamenti che li determinano, senza tagli indiscriminati alle risorse ma responsabilizzando i professionisti sugli impatti economici che le loro scelte comportano. Se un'azienda è in condizioni di squilibrio economico e non riesce ad ottenere il pareggio di bilancio appare insostenibile e addirittura dannosa l'adozione di una riduzione di una determinata percentuale su tutti i costi senza una valutazione attenta di ciò che viene tagliato e delle cause stesse che hanno portato l'azienda al disavanzo.

Mediante l'analisi degli indicatori che potevano avere impatto sul consumo delle risorse il Laboratorio Management e Sanità ha identificato sei aree di intervento segnalate nella figura seguente:

Per ciascuna delle aree sono stati analizzati gli indicatori e le performance specifiche. Grazie al confronto è stato possibile calcolare in termini di valore lo scostamento del risultato conseguito da ciascuna azienda rispettivamente sia alla media o mediana delle aziende del sistema sia alla best practice⁴.

Per quanto riguarda tutti gli indicatori che potevano avere impatto sulla riduzione dei ricoveri o delle giornate di degenza la valorizzazione è stata effettuata per step successivi considerando le seguenti ipotesi:

- Nel caso in cui la riduzione abbia carattere marginale la giornata di degenza evitata è stata valorizzata considerando solo quei consumi evitabili nel caso in cui il letto non sia occupato dal paziente come il vitto, il cambio lenzuola e i consumi di farmaci. L'importo in questo caso, in base alle indicazioni medie fornite dalle aziende, è stato considerato pari a 40 euro per giornata di degenza;
- Nel caso in cui le riduzioni possano essere considerate più consistenti, ma non ancora tali da determinare la chiusura di un intero reparto, la valorizzazione è stata

⁴ Il tema dei costi rilevanti per le decisioni è stato trattato ampiamente da molti autori e presenta nella sua applicazione nei contesti aziendali molteplici aspetti critici in termini metodologici. Si rimanda in proposito tra gli altri a Hørngren, Foster Datar, 1998; Negri Clementi, 1988, Coda 1968, Cinquini, 2003.





effettuata includendo alle precedenti categorie di risorse il costo del personale. Se infatti le giornate di degenza che possono essere ridotte sono tali da permettere la chiusura di più posti letto, questo permette all'azienda di spostare il personale verso altri servizi con maggiori necessità. Per attuare questa tipologia di intervento è stato considerato che fosse necessario raggiungere la riduzione di giornate di degenza pari ad almeno 12 posti letto. In questo caso è stato valutato possibile modificare l'organizzazione del personale. In particolare può essere chiuso parte del reparto ed il personale spostato in un altro ambito. Questa opportunità appare praticabile soprattutto per il personale infermieristico nel breve periodo che può essere più proficuamente essere impiegato nel territorio, ma nel medio-lungo periodo vale in buona misura anche per il personale medico. La valorizzazione complessiva del costo del personale addetto all'assistenza di un set assistenziale di 12 posti letto è nella media delle aziende sanitarie toscane pari ad un valore complessivo annuale di circa 2 milioni di euro.

Con queste ipotesi quindi il team di ricerca del Laboratorio Management e Sanità⁵ ha potuto valorizzare gli scostamenti per ciascuna azienda dalla media e dalla best practice per ciascun indicatore che monitorasse un aspetto inerente al consumo delle risorse. Diminuire la degenza media preoperatoria per gli interventi chirurgici programmati, e portarla ad una giornata come previsto dallo standard richiesto dalla Regione, significa per esempio per l'azienda ospedaliero universitaria pisana evitare ben oltre 38.000 giornate di degenza in un anno che, divise per 365 giorni, sono pari a 105 posti letto inadeguatamente utilizzati. Considerando l'entità rilevante delle giornate evitabili, la corretta implementazione di un percorso di preospedalizzazione e di adeguate procedure per il ricovero in linea con la dispo-

⁵ Si ringrazia in particolare Milena Vainieri, Anna Bonini Barbara Lupi che hanno contribuito a questo lavoro.





Le aree di intervento analizzate:

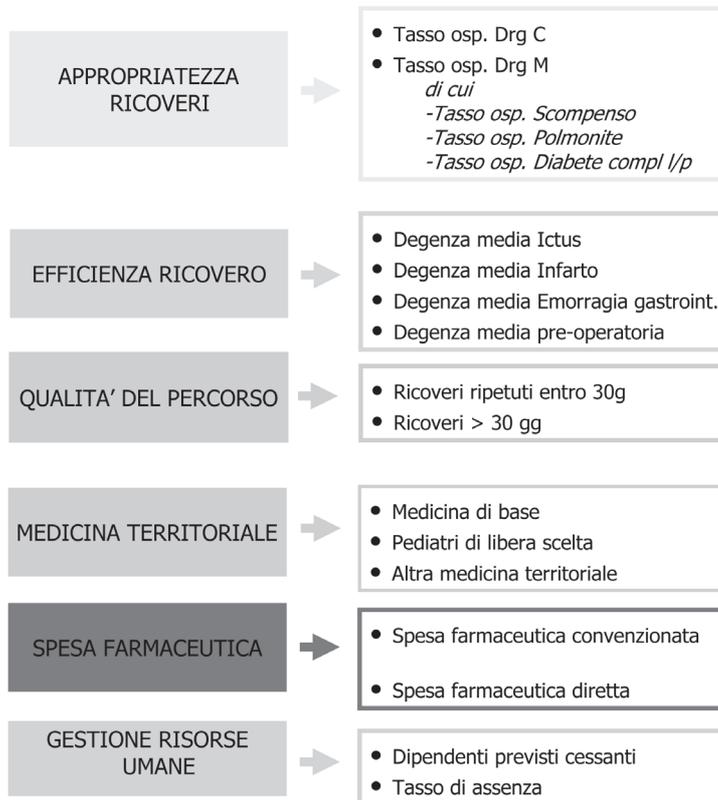


FIG. 12. Le aree di intervento analizzate





nibilità della sala operatoria dedicata all'attività chirurgica programmata, possono permettere la riorganizzazione e riduzione pesante dei posti letto dei reparti chirurgici. Queste azioni possono permettere all'azienda di liberare risorse, valorizzate con i dati del 2006 a quasi 20 milioni di euro, e di allocarle ad altri o nuovi servizi con maggiore beneficio degli utenti

Non si tratta di «risparmi» ma di risorse che nel medio – lungo periodo possono essere spostate e allocate per altre destinazioni. Complessivamente solo la manovra della riduzione della degenza media preoperatoria per gli interventi chirurgici in regime programmato può determinare a livello regionale uno spazio di manovra di oltre 50 milioni di euro. Questo valore non si basa su un'ipotesi mai effettivamente testata ma da evidenze concrete, dato che nel sistema sanitario toscano opera un'azienda che l'obiettivo lo ha già pienamente conseguito e che testimonia la raggiungibilità dello standard proposto.

Tra gli altri interventi si propone, a titolo di esempio, anche la riduzione del tasso di ricovero per polmonite che permetterebbe alla Regione nel suo complesso di liberare risorse per un importo pari a quasi 14 milioni di euro. Questo tasso di ospedalizzazione, come altri relativi alle patologie croniche, è utilizzato nel sistema di valutazione quale indicatore indiretto della performance del territorio. L'ospedalizzazione in questi casi infatti rappresenta assai spesso il fallimento delle attività di prevenzione e cura di queste patologie sul territorio. Interventi coordinati su più fronti da parte dei medici di famiglia e di educazione del paziente alla responsabilità del proprio percorso di cura potrebbero portare a risultati sanitari assai più elevati ed a una riduzione nel consumo di risorse. Il ricovero in ospedale infatti, quasi sempre in condizioni di emergenza, denuncia una cattiva gestione della patologia. La stabilizzazione delle condizioni del paziente, la diagnosi da parte del pronto soccorso, la definizione della cura per recuperare le condizioni precedenti al ricovero sono attività che assorbono risorse e che spesso non riportano il paziente a quella condizione di benessere che avrebbe potuto avere grazie ad una cura





preventiva e controllata nel proprio domicilio. Spesso si denuncia che interventi di sanità d'iniziativa nel territorio non possono essere realizzati a causa della mancanza di risorse dedicate, ossia per esempio la carenza di figure infermieristiche che possano affiancare il medico di famiglia nella cura dei pazienti affetti da patologie croniche. In realtà la riduzione dei tassi di ospedalizzazione per patologie croniche negli anziani ad un livello già conseguito da un'azienda del sistema potrebbe rimettere in circolazione nel sistema milioni di euro e certamente potrebbe permettere di spostare risorse di personale dall'ospedale al territorio.

Mediante il calcolo delle risorse che potrebbero essere nel medio lungo periodo liberate dall'attuale modalità di utilizzo nelle aziende se riuscissero a migliorare la propria performance e a posizionarsi sulla media regionale o, nella migliore delle ipotesi, a raggiungere la best practice, il sistema sanitario nel suo complesso e le singole aziende, hanno potuto avere un'idea di dove conveniva puntare per recuperare efficienza e quanto si poteva ipotizzare di conseguire in termini di risorse manovrabili almeno considerando le leve che sono state oggetto di misurazione. Si tratta quindi di un riferimento sicuramente prudenziale che emerge solo da quanto fino ad oggi misurato in Toscana. È ipotizzabile che l'ampliamento della misurazione anche ad altri ambiti di attività possa permettere in futuro di individuare altri spazi di manovra e quindi aumentare l'entità delle risorse recuperabili.

Nella figura 13 si evidenziano a livello regionale l'entità di risorse liberabili nel medio periodo classificate per tipologie di azione nelle due diverse ipotesi: rispetto al conseguimento almeno della media dei risultati di performance da parte delle aziende con risultati al di sotto di questo riferimento e nell'ipotesi di portare tutto il sistema alla best practice.

Se sommiamo tutti i margini di manovra a livello regionale l'entità delle risorse ammonta nell'ipotesi meno sfidante della media a oltre 384 milioni di euro pari ad oltre il 6 % del totale delle risorse destinate alla sanità a livello regionale (6100 milioni di euro) , mentre nell'ipotesi di allineamento dei risultati aziendali alla best practice si può raggiungere la cifra di 649





milioni di euro, pari a quasi l'11 % del totale delle risorse.

Il risultato di questa analisi ha modificato profondamente l'utilizzo stesso del sistema di valutazione della performance. È nata infatti la consapevolezza che il confronto con gli altri soggetti non solo è utile per collocare in una scala non auto-referenziata i propri risultati ma anche come strumento che facilita l'individuazione delle aree di priorità di intervento almeno sul versante dell'efficienza.

Ogni azienda infatti può a propria volta, in base ai risultati specifici conseguiti, individuare l'ammontare complessivo dei propri margini di manovra ma anche gli ambiti in cui questi interventi sono attuabili. Il grafico presentato nella figura n. 14 evidenzia come il mix di manovra sia differente da azienda a azienda. Ogni istituzione potrà così riconoscere non solo i propri punti di forza e di debolezza ma anche gli ambiti in cui agire per liberare risorse da allocare nelle aree da potenziare.



Sintesi possibili valori di manovra

	Risorse manovrabili se tutte le aziende raggiungessero l'obiettivo o la media / mediana regionale	Risorse manovrabili se tutte le aziende raggiungessero la best practice
TOTALE	385.347.698	649.163.886
% su 6.100 milioni	6,32%	10,64%

↑
Performance ottenibile

↑
Performance sfidante

FIG. 13. Sistemi possibili valori di manovra





Margini di manovra per area di intervento

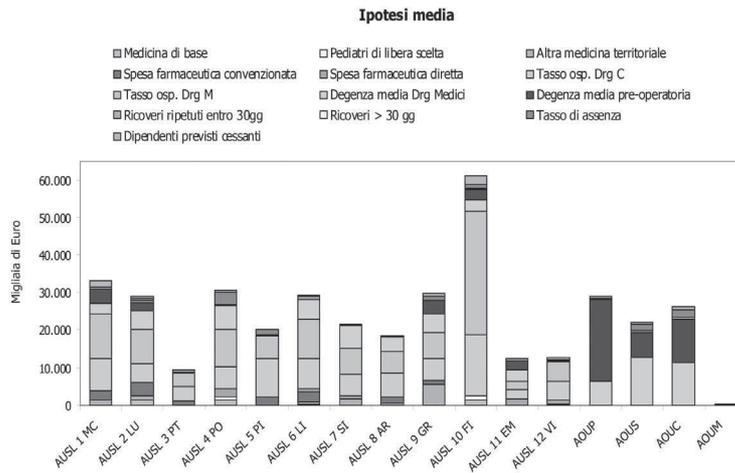


FIG. 14. Margini di manovra per area di intervento



% risorse manovrabili sul valore della produzione 2006

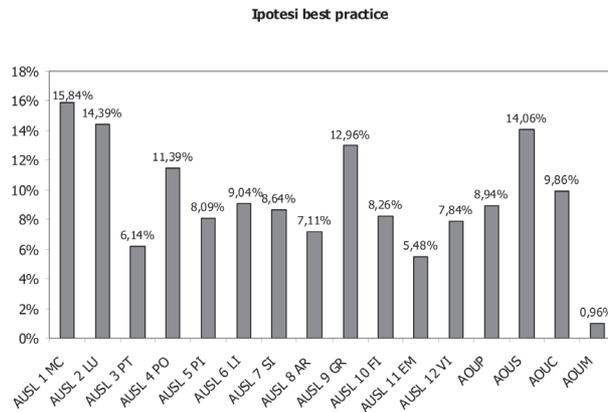


FIG. 15. Margini di manovra economica Regione Toscana nell'ipotesi media





Infine è stato possibile calcolare l'incidenza dei margini di manovra sul totale del valore della produzione di ciascuna azienda (figura 15). L'ammontare delle risorse che nel medio periodo possono essere riallocate, se si consegue un miglioramento di performance sugli indicatori oggetto di analisi, variano per ciascuna azienda anche in base alle dimensioni complessive aziendali. In questo senso è chiaro che un'azienda come la Asf di Firenze, che rappresenta la realtà di gran lunga più grande della Toscana può agire su risorse più elevate.

Il rapporto invece tra risorse manovrabili e valore della produzione permette di dare indicazioni significative al sistema regionale e al management sulla percentuale di risorse che risultano mal impiegate e che necessitano di interventi di riallocazione.

Tra le aziende Toscane questa percentuale varia nell'ipotesi di conseguire al minimo la performance media del sistema dal 2% all'11 %, mentre nel caso in cui tutte le aziende raggiungessero la best practice la percentuale, come nella figura n. 18, prevede un minimo pari al 5,48.

Soprattutto per le aziende che registrano alte percentuali di possibilità di recupero sul valore della produzione diventa difficilmente sostenibile di non avere risorse sufficienti per garantire il pareggio di bilancio. A queste aziende in particolare, ma a tutte in generale, il sistema adottato ha dato la conferma che la via per una più corretta e appropriata gestione delle risorse ci sono anche se può apparire complesso e difficile percorrerla. La comunicazione e pubblicazione dei dati a confronto, ancora una volta, possono essere leve su cui il management può lavorare per diffondere la consapevolezza, dentro e fuori l'azienda, che bisogna avere il coraggio di togliere risorse là dove non sono più necessarie e utilizzarle dove sono più utili al bene collettivo. In questa prospettiva è essenziale che in futuro si trovino allineate tutte le componenti del sistema, sindacati compresi.





5. *Il collegamento del sistema di valutazione con la pianificazione strategica regionale*

Nel corso dell'anno 2007 la Regione Toscana si è avviata alla predisposizione del nuovo Piano Sanitario Regionale 2008-2010. I risultati monitorati mediante il sistema di valutazione della performance hanno rappresentato uno strumento fondamentale, insieme alla Relazione Sanitaria predisposta dall'Agenzia Regionale Sanitaria Toscana sullo stato di salute dei cittadini toscani, per fare il punto sulla realtà della sanità toscana e sulle aree su cui puntare per migliorare i servizi erogati.

Al terzo anno di utilizzo del sistema di valutazione della performance, avendo conseguito un certo grado di solidità sia in termini di affidabilità delle metodologie adottate, sia in termini di pervasività del sistema negli ambiti di maggiore rilevanza gestionale, l'elaborazione del Piano Sanitario Regionale ha rappresentato una tappa importante per valutare la capacità dello strumento di integrarsi con i meccanismi di programmazione strategica di sistema. Questa integrazione appare quanto mai necessaria per garantire l'allineamento delle scelte operative agli orientamenti strategici, per garantire coerenza tra questi e il sistema di incentivi.

Proprio in considerazione dei risultati raggiunti ed in coerenza con la filosofia di governo della Regione Toscana, nel nuovo PRS si confermano i valori di riferimento in particolare quelli di uguaglianza, di umanizzazione, di salute intesa come diritto/dovere, di continuità, di equità, di accessibilità.

Il nuovo P.S.R. intende infatti integrare i valori e i principi «storici» del sistema toscano con ulteriori elementi in grado di connotare con coerenza ed efficacia i nuovi bisogni, ma anche di assumere valore di riferimento e di valutazione delle iniziative e dei programmi futuri⁶.

⁶ Sul sito della Regione Toscana è disponibile la versione integrale del PSR in fase di approvazione del Consiglio regionale. Si ringrazia Enrico Desideri per il contributo fornito nella predisposizione di questa sintesi degli elementi di maggiore rilevanza contenuti nel nuovo PSR.





In questo senso sono assunti quali elementi guida della pianificazione strategica regionale i principi di appropriatezza e di qualità, di produttività e d'iniziativa.

Appropriatezza, ossia dare a ciascuno secondo il bisogno, senza sprechi e senza carenze, senza consumi inutili e senza penuria di mezzi, utilizzando al meglio le risorse umane, tecnologiche e finanziarie secondo il criterio della programmazione e dell'integrazione dei servizi, in linea con le più avanzate pratiche mediche e assistenziali, garantendo l'innovazione, a livello tecnologico ed organizzativo, e attuando il principio della rete e della specializzazione basata sulla casistica e sui differenti gradi di complessità.

Qualità, in modo da garantire in ogni punto del Servizio Sanitario e per tutte le prestazioni, le sue componenti di accesso, di presa in carico, di percorso assistenziale, di relazione umanamente ricca tra operatori e pazienti.

Si vuole attuare mediante il conseguimento del più alto livello di valorizzazione e miglioramento continuo delle competenze professionali, delle tecnologie e dell'organizzazione, garantendo con l'informazione e la comunicazione, un controllo continuo da parte del cittadino-utente.

Iniziativa, ossia la proposta di una sanità che non attende che il cittadino arrivi ai servizi ma orienta l'attività verso chi «meno sa e meno può» e che per questo si trova a rischio continuo di caduta assistenziale e persino di non espressione del bisogno.

L'iniziativa dei servizi rivolta prima di tutto ai più deboli riguarda sia la prevenzione primaria e secondaria, sia gli interventi sul territorio, sia quelli in ambito ospedaliero.

In questo senso si propone che il sistema ripensi, impiegando anche parte delle risorse che si liberano dall'implementazione dei processi di appropriatezza, qualità e produttività, i modelli d'intervento in modo che questi siano capaci di individuare chi ha più bisogno ed a questi sia dedicata particolare attenzione, superando il rischio di una distribuzione di «parti uguali tra disuguali».





Questi problemi richiamano il senso profondo del valore dell'eguaglianza nelle cure come fondamento del Servizio Sanitario Pubblico.

Il Piano si propone perciò di realizzare concretamente modelli d'intervento ed obiettivi di iniziativa, che privilegino le categorie più deboli.

Questo passaggio viene considerato come la naturale e al tempo stesso «virtuosa» evoluzione del sistema sanitario toscano, che, dopo aver assolto alla garanzia del diritto alla cura, intende ora operare perché questo si realizzi pienamente anche per quelle fasce che, pur avendone più bisogno, hanno una minore consapevolezza dell'offerta disponibile.

Tale aspetto, che va dall'utilizzo non uniforme degli screening oncologici e dei controlli in gravidanza, a quello della prevenzione delle carie nei bambini, dei programmi di educazione alimentare, richiede una nuova modulazione dell'organizzazione dei servizi, in grado di intercettare una domanda potenziale che non trova la capacità di esprimersi o di essere adeguatamente rilevata.

«Produttività» intesa come il risultato della realizzazione nei servizi sanitari del più alto livello possibile di appropriatezza e qualità che, in sanità, è in molti casi portatrice di riduzione di costi. Questo concetto, spesso utilizzato nel mondo delle imprese private, si traduce in sanità come un dovere etico verso il cittadino che finanzia ed utilizza il servizio. Perciò è necessario contrastare, con senso di equilibrio e giustizia, gli sprechi, le inefficienze, le situazioni di lassismo.

In questa ottica il nuovo PSR intende proporre un'etica del lavoro nella Pubblica Amministrazione in generale e in Sanità in particolare, che valorizzi il rispetto nei confronti dei colleghi (ogni giorno di assenza non giustificato aumenta il carico di lavoro di chi lo sostituisce) e contrasti un'idea di inoperosità del pubblico, cui viene contrapposta una visione quasi miracolistica, in termini di efficienza, attribuita al privato.

Nel piano si prevede di raggiungere tale obiettivo non solo oggettivando i risultati che già il sistema è in grado di produrre, ma anche ricercando un nuovo e più avanzato equilibrio tra





garanzie dei diritti dei lavoratori, valorizzazione del senso di appartenenza, riconoscimento del merito dei singoli.

Il Laboratorio *Management e Sanità* ha svolto nel 2007 un'indagine telefonica su 5.400 cittadini toscani. L'indagine si proponeva di sottoporre alla valutazione pubblica i nuovi principi enunciati nella proposta di Piano.

Allo scopo di acquisire «interpretazioni, convinzioni, idee» sui temi ed obiettivi cruciali, sono state poste, a ciascun cittadino, queste domande:

Pensando alla sanità, la parola INIZIATIVA cosa le fa venire in mente?

Pesando alla sanità, se le dico MIGLIORARE LA QUALITÀ, cosa le viene in mente?

Pensando alla sanità, se le dico MIGLIORARE LA PRODUTTIVITÀ, cosa le viene in mente?

Il sondaggio ha fornito preziose indicazioni; le persone intervistate non solo hanno tradotto e «pesato» i principi guida in aspettative esigibili, frutto di esperienze, valori, interessi che vorrebbero veder realizzati, ma hanno anche restituito un insieme di requisiti sui quali il Sistema stesso dovrà misurarsi e «rendere conto».

Il cittadino, infatti esprime la propria posizione riassunta nei punti seguenti:

- chiede accessibilità alle cure, trasparenza e tempestività di percorsi diagnostici terapeutici;
- esige attenzione come persona ed un rinnovato rapporto professionista-paziente;
- domanda un'informazione maggiore sulle cause di fragilità e sui comportamenti necessari per mantenersi in salute;
- richiede al sistema una sostanziale efficienza nei comportamenti organizzativi evitando gli sprechi e la frammentazione dei percorsi diagnostico terapeutici.

Vuole, in sintesi, una nuova cultura delle responsabilità che, accanto ai tradizionali indicatori di efficacia, efficienza, economicità, ponga le dimensioni dell'equità, della trasparen-





za, della correttezza in tutti gli aspetti della relazione e della gestione della salute.

Con questi presupposti, e con modalità integrate con l'elaborazione del PSR, è stata progettata la mappa strategica con l'individuazione dei macro processi da perseguire, degli obiettivi specifici e degli indicatori da utilizzare per guidare le aziende nel prossimo triennio.

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

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

Le sfide del nuovo PRS sono state quindi tradotte in termini di obiettivi attraverso tale classificazione e illustrate in una mappa descritta nella figura 19. Tra i presupposti fondamentali vi è la possibilità di disporre di un sistema informativo più ampio e ricco di informazioni per produrre nel sistema quelle conoscenze ed evidenze capaci di creare apprendimento e orientamento dell'azione. Grazie all'ampliamento delle informazioni raccolte, elaborate e restituite al sistema con le metodologie di benchmarking sarà possibile proseguire nelle azioni tese a



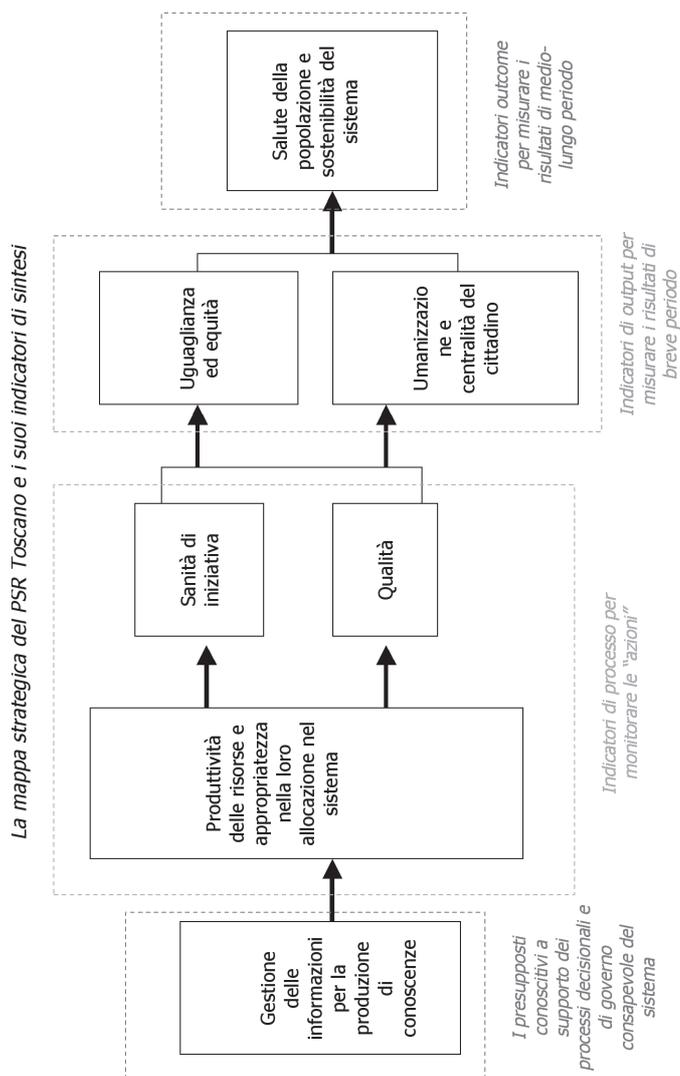


FIG. 16. La mappa strategica del PSR Toscano e i suoi indicatori di sintesi



migliorare la produttività mediante una corretta allocazione delle risorse. Quindi senza contare su risorse aggiuntive, ma usando meglio ciò che la collettività pone nelle mani del soggetto pubblico, garantendo un approccio più segmentato di risposta alla domanda che permetta di non fallire sui target a massima priorità – laddove cioè il bisogno sanitario si incrocia in termini di rilevanza con il bisogno socio-economico. Sono da leggere in questi termini, le azioni relative alla sanità di iniziativa e il miglioramento della qualità dei servizi erogati.

Mediante queste due tipologie di azioni si intende perseguire un miglioramento degli output, ossia una maggiore uguaglianza ed equità, ma anche una focalizzazione in termini di risposta ai bisogni di umanizzazione dei servizi resi.

Per ciascuna sfida, o obiettivo strategico del PSR, sono stati identificati i risultati attesi e cosa meritava di essere misurato al fine di verificare nel tempo il grado di raggiungimento degli obiettivi stessi.



La mappa strategica del PSR Toscano e i suoi indicatori di sintesi

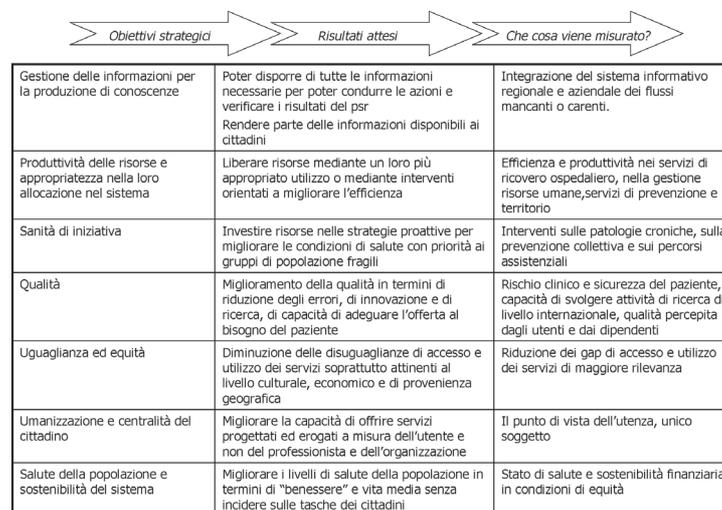


FIG. 17. La mappa strategica del PSR Toscano e i suoi indicatori di sintesi





Ciascuno degli obiettivi è stato declinato in azioni e indicatori di monitoraggio relativi alla realizzazione stessa delle azioni previste. Tra questi indicatori sono stati inclusi la maggior parte degli indicatori che compongono il sistema di valutazione della performance della sanità toscana. A titolo di esempio si propongono alcune delle azioni e i relativi indicatori selezionati con cui si intende monitorare nel triennio la capacità del sistema e delle aziende sanitarie di perseguire gli obiettivi strategici del piano (figura n. 18).

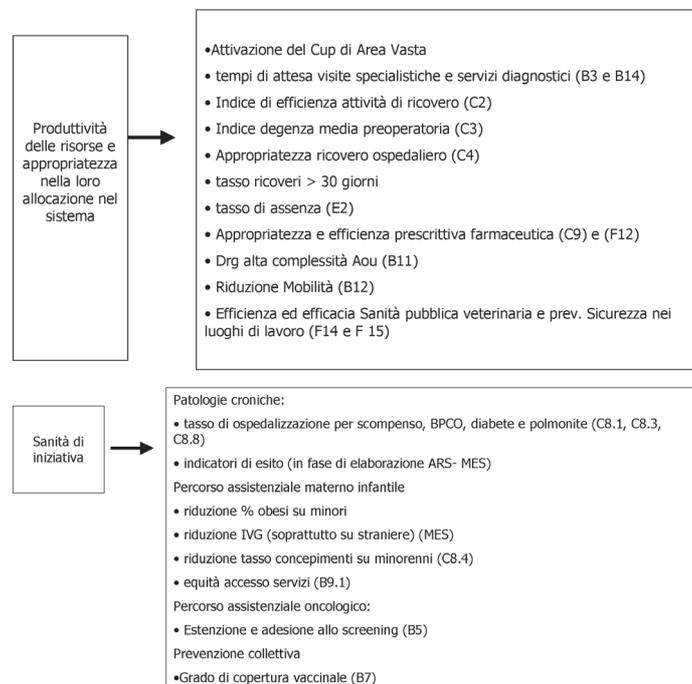


FIG. 18. Gli indicatori di Piano

6. *Le prospettive future*

Nel nuovo Piano Sanitario Regionale toscano la valutazione viene proposta come «metodo di lavoro», ossia come modalità permanente per affrontare la gestione delle risorse





pubbliche per la creazione di valore per il cittadino.

La prospettiva è che diventi sempre più una condizione essenziale per poter rispondere delle responsabilità sociali che il soggetto pubblico si assume ogni qualvolta eroga servizi a favore dei cittadini con risorse da questi fornite.

In questa ottica si pone già la revisione della legge regionale 40 del 2005, relativa alla «Disciplina del Servizio sanitario regionale» che prevede all'art. 2 la definizione della valutazione, ossia *l'insieme di strumenti e sistemi che la Regione e i soggetti del sistema adottano per verificare il raggiungimento degli obiettivi della programmazione, ossia i risultati conseguiti misurabili in termini di livelli di salute della popolazione, efficacia e qualità delle cure, appropriatezza ed efficienza dei servizi erogatrici*, e, tra i principi costitutivi del sistema sanitario toscano, all'art. 4 la *puntuale verifica dei risultati raggiunti dal sistema sanitario e trasparenza nella loro comunicazione ai cittadini*.

In linea con questi orientamenti, nei prossimi anni la valutazione nella Regione Toscana si estenderà da un lato alle zone distretto comprensive della medicina territoriale – delle cui prospettive in particolare tratterà nel prossimo capitolo Paolo Tedeschi –, dall'altro alle singole unità organizzative di struttura complessa operanti in ambito ospedaliero. L'obiettivo è giungere nei prossimi anni alla predisposizione di un sistema capillare che metta a disposizione dei cittadini su web i risultati conseguiti, in ottica multidimensionale, dalle aziende, dalle zone distretto, dai dirigenti di struttura complessa (Primari) degli ospedali pubblici.

In termini invece di estensione del sistema di valutazione della performance sul territorio nazionale, è in fase di definizione la sua implementazione nella Regione Liguria, interessata a introdurre nel prossimo biennio il sistema di valutazione descritto in questo volume, con i suoi interventi di adattamento alla realtà ligure, ma con le metodologie adottate in Toscana. Questa opportunità permetterà nei prossimi anni un ulteriore lavoro di consolidamento del sistema, al fine di renderlo strumento applicabile in tutte le regioni che vorranno procedere nel cammino della trasparenza e della misurazione dei risultati.

