# Valutare in Sanità

## Una voce al servizio della Salute

RIVISTA
SCIENTIFICA

*NUMERO 6*
*DICEMBRE 2011*

- Cooperazione
- Prevenzione
- Dipendenze
- Aziendalizzazione
- Beni e servizi
- Personale



Poste Italiane S.p.A. – Spedizione in Abbonamento Postale - 70% - S1/BA
In caso di mancato recapito inviare a CMP di Bari per la restituzione al mittente previo pagamento resi

VALUTARE IN SANITA'
Rivista Scientifica
Registrazione presso il Tribunale di Bari
n.36 del 24/09/09 Spedizione in abbonamento postale

**www.valutareinsanita.it**

**Direttore Responsabile**
Maddalena Milone

**Direttore Scientifico**
Antonio Battista

**Coordinatore di Redazione**
Alessandra Miglietta
alessandra_miglietta@libero.it

**Direzione, redazione e pubblicità**
Meeting Planner s.r.l.
Via Salvatore Matarrese 12 pal. G
70124 Bari
Tel. 080 9905360 – 080 5681131
Fax 080 9905359
e-mail: info@meeting-planner.it
website: www.meeting-planner.it
Rif. Antonello Bono

**Editore**
Meeting Planner s.r.l.
Via Salvatore Matarrese 12 pal. G 70124 Bari

**Stampa**
Mediatipo s.r.l.
Via delle Margherite 26
70026 - Modugno (BA)

La Direzione non si assume la responsabilità dei contenuti delle inserzioni pubblicitarie.
E' vietata la riproduzione, anche parziale, dei testi.
D.Lgs. n.196/2003 Tutela della Privacy – Informativa: Responsabile del trattamento Meeting Planner s.r.l.
Tutte le richieste di consultazione, modifica, integrazione e cancellazione dei dati personali dovranno essere inviate a Meeting Planner s.r.l.

Numero chiuso in redazione il 29/01/12

Valutare in Sanità è consultabile online sul sito **www.valutareinsanita.it**

# Sommario





**06 Il monitoraggio e la valutazione dei progetti di cooperazione sanitaria**

**Ilaria BIANCHI -** Esperta in gestione di progetti sanitari.
**Silvia BIGNAMINI -** Medico Igienista - Dipartimento di Pianificazione e Cooperazione, Ministero della Sanità del Mozambico.
**Luciano NIGRO -** Professore Associato, Dipartimento di Biomedicina Clinica e Molecolare, Cattedra di Malattie Infettive, Università di Catania.

**15 Criteri di valutazione dei progetti per la promozione della salute**

**Simona ARLETTI** - Assessore all'Ambiente, Comune di Modena - Presidente Rete italiana Città sane - OMS

**17 Gli indicatori in campo sanitario tra strumenti di rilevazione e qualità della vita**

**Vincenza ARIANO** - Dirigente Medico - Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA
**Immacolata CAPOGROSSO** - Dirigente Medico - Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA
**Anna Paola LACATENA** - Dirigente Sociologa - Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA

**28 La misurazione delle performance in sanità e l'implementazione di un sistema di balanced scorecard**

**Oreste PITOCCHI** - Ingegnere - Amministratore Unico OPT s.r.l.

**30 Dalle professioni sanitarie al governo dei sistemi complessi**

**Antonella D'ADAMO** - Ricercatore universitario (Università Tor Vergata Roma)
**Adele D'ANNA** - Dirigente infermieristico (ASL Salerno)
**Vincenzo DE FILIPPIS** - Dirigente medico (IRCCS Castellana - BA)
**Raffaele GIORDANO** - Dirigente amministrativo (Azienda Ospedaliera San Carlo - PZ)
**Vito MASCOLO** - Dirigente medico (Azienda Ospedaliera Locale di Potenza ASP – Ambito di Melfi PZ)
**Giuseppe MONTAGANO** - Dirigente medico (Dip.Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale Regione Basilicata)
**Fedele Filippo MORMANDO** - Dirigente medico (ULSS n.3 Bassano del Grappa -VI)
**Gino Antonio SCALDAFERRI** - Dirigente biologo (Azienda Ospedaliera Locale di Potenza ASP – Ambito di Lagonegro)

**37 Metodi di valutazione di un appalto**

**Vittorio MINIERO** - Avvocato

**40 Il sistema sanitario lombardo della valutazione del personale dipendente dalle aziende ospedaliere e dalle aziende sanitarie locali: caratteristiche del modello**

**Giovanni LAMBERTI** - Consulente di Direzione e Organizzazione - (Presidente NVP A.O. Riuniti - Bergamo, **A.O. Carlo Poma** - Mantova ed ASL di Cremona – Componente NVP A.O. di Desenzano del Garda)
**Anna GEROLA** - Direttore Amministrativo A.O. Carlo Poma - Mantova
**Laura LAMBERTI** - Avvocato - Esperto in Diritto Sanitario
**Ernesto TRECCANI** - Direttore Area Personale A.O. - Lodi

La verità non si impone che per la forza della verità stessa”

(Dignitatis humanae – Dichiarazione del Concilio Vaticano II)

# Editoriale

## C'era da aspettarselo!

Nel momento in cui si procede ad effettuare tagli o razionalizzazioni, tutti coloro i quali vengono in qualche modo interessati levano la propria voce sostenendo che è in altri settori, diversi da quello di appartenenza, che bisogna intervenire.
Si genera così un clima che appesantisce la già difficile situazione e che non rende praticabili modalità organiche di azione che per essere quanto più efficaci necessitano del più ampio consenso sociale possibile.
E' evidente che si sconta una pratica della valutazione diffusa in modo disordinato in contesti nei quali non sempre si dispone di dati o elementi utilizzabili; in altre situazioni gli stessi dati ed elementi sono addirittura assenti.
Non c'è dubbio che tale situazione è stata favorita da chi non aveva alcuna volontà a fare valutazioni su scelte che non andavano nella direzione del bene generale, magari per tutelare interessi particolari.
Anche certo giornalismo ha alimentato tale andamento, ingigantendo singoli accadimenti e mostrando quindi macro-realtà distorte, anche al fine di sfruttare commercialmente l'emotività che determinati eventi suscitano nella pubblica opinione.
L'attuale Esecutivo, qualunque sia l'opinione su di esso, deve indicare scelte che se non saranno basate su serie valutazioni di carattere economico, sociale ed etico, non solo non saranno capite dal Paese reale ma non garantiranno né sviluppo, né equità.












**Antonio Battista**
Direttore Scientifico

# Il monitoraggio e la valutazione dei progetti di cooperazione sanitaria

Ilaria BIANCHI - Esperta in gestione di progetti sanitari.
Silvia BIGNAMINI - Medico Igienista - Dipartimento di Pianificazione e Cooperazione, Ministero della Sanità del Mozambico.
Luciano NIGRO - Professore Associato, Dipartimento di Biomedicina Clinica e Molecolare, Cattedra di Malattie Infettive, Università di Catania.

## Introduzione

*Da Alma Ata al Global Fund, risorse importanti sono state mobilizzate per migliorare la salute globale. Crescenti aspettative, rispetto ai possibili progressi verso il goal della 'salute per tutti", si sono accompagnate ad una vera e propria proliferazione di programmi ed iniziative, la cui efficacia ed il cui impatto restano, tuttavia, difficili da misurare in maniera rigorosa, indipendente e scientificamente valida.*

*Attualmente i donatori, siano essi governi, fondazioni o partnership pubblico-privato, si stanno sempre più orientando verso un finanziamento basato sui risultati (performance). Per questo motivo vengono utilizzati indicatori che misurano il raggiungimento di obiettivi a breve, medio e lungo termine. Ciononostante, nei paesi in via di sviluppo, tanto deve essere ancora fatto per ottenere dati sufficientemente completi e attendibili in grado di alimentare il sistema di monitoraggio proposto*

*Le motivazioni sono da ricercare in una molteplicità di fattori quali la scarsità di risorse umane preparate e il loro elevato turnover, l'assenza di statistiche attendibili, l'imprecisione dei dati demografici, la mancanza di software e hardware adeguati per la raccolta e diffusione dei flussi informativi, l'inutilizzazione dei database esistenti, ma anche ricorrenti conflitti di interesse, resistenze istituzionali e culturali, errori di gestione, scarsa efficienza organizzativa, insufficiente preparazione manageriale di alcuni responsabili di progetto per ottenere, analizzare, utilizzare e diffondere i dati ed i risultati di un progetto, di un programma o di una nuova politica sanitaria.*

> **Ci si sta sempre più orientando verso un finanziamento basato sui risultati**

*Esistono già alcune iniziative internazionali per migliorare la qualita' dei dati nazionali che misurano lo stato del sistema sanitario di un paese. Per esempio l'iniziativa Country Health Systems Surveillance (CHeSS), lanciata dalla partnership internazionale per la salute, liderata dall'OMS, che ha l'obiettivo di migliorare la disponibilita', la qualita' e l'uso dei dati per valutare la performance dei sistemi sanitari nazionali.*

*Trasversalmente a questi problemi, esistono poi alcune questioni scientifiche altrettanto cruciali legate all'assenza di un approccio standardizzato ai dati mancanti, all'incertezza di alcune stime, all'utilizzazione di modelli privi di evidenza scientifica, ecc..*

*Ne risulta un grosso ostacolo alla possibilità di assicurare una corretta raccolta, analisi e diffusione della conoscenza, che si ripercuote negativamente sulla capacità di garantire un impegno sostenibile di tutte le parti coinvolte ed una chiara responsabilità (accountability) verso il raggiungimento degli obiettivi di salute globale.*

Il presente articolo intende spiegare in cosa consistono e come si effettuano il monitoraggio e la valutazione degli interventi di cooperazione sanitaria. In particolare, l'articolo si sofferma sulle tecniche di monitoraggio e valutazione di un singolo progetto sanitario, ma la stessa logica può essere applicata ad un programma strutturato in molteplici progetti o ad una politica sanitaria. In primo luogo, vengono introdotti i concetti di valutazione, monitoraggio, indicatore, ciclo di progetto, e quadro logico. In seguito, l'articolo esamina nello specifico le logiche e gli strumenti della valutazione e del monitoraggio di un progetto. Quindi viene presentata la valutazione economica di un programma sanitario (tipologie e limiti). Da ultimo, l'articolo discute i problemi aperti del sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi sanitari e la loro implicazione sul cammino verso una migliore salute per tutti.

Per fornire al lettore un esempio concreto di attività di monitoraggio e valutazione, nell'articolo sono state inserite alcune schede sintetiche di presentazione di un caso studio relativo ad un'iniziativa di cooperazione sanitaria; si tratta, nello specifico, di un progetto di controllo della tubercolosi in un distretto periferico di un Paese dell'Africa Australe. Il lettore troverà inoltre alcuni riquadri di approfondimento, di sintesi o di definizione che presentano rispettivamente (a) informazioni specifiche e dettagliate su un argomento, (b) informazioni di base sugli argomenti trattati nel paragrafo in oggetto, (c) definizioni esatte di alcuni termini chiave, cosi come elaborate nei manuali in uso presso le Organizzazioni Internazionali e il Ministero degli Affari Esteri Italiano.

1. Definizioni e Principi

La valutazione è un processo che periodicamente cerca di verificare - nel modo più sistematico ed oggettivo possibile - la pertinenza, la rilevanza, l'adeguatezza, l'efficienza, l'efficacia e l'impatto di un program-

ma in relazione alle finalità, ai piani di azione ed agli obiettivi previsti.
E' importante distinguere fra **monitoraggio e valutazione (M&V)**, due termini che si trovano spesso insieme con l'acronimo inglese M&E (Monitoring and Evaluation), ma che indicano due momenti ben distinti. Infatti, per un'adeguata "valutazione" del singolo progetto e quindi dell'intervento complessivo all'interno del quale il progetto si colloca e così pure del programma Paese di cui fa parte, non si può prescindere da un adeguato "sistema di monitoraggio" delle attività, ovverosia la sistematica e continua raccolta ed analisi delle informazioni relative al controllo sulle attività e sull'utilizzazione delle risorse umane, materiali e finanziarie. In sintesi, il monitoraggio ha funzione conoscitiva ed è volto a verificare lo stato di avanzamento di un intervento rispetto ai risultati attesi (come definiti prima della realizzazione). La valutazione è invece uno strumento della programmazione ed è finalizzata ad indirizzare le decisioni dell'operatore, fornendo un giudizio complessivo sull'intervento alla luce di indicatori standard prestabiliti.
Gli **indicatori** sono dei rapporti, delle percentuali, dei tassi, degli indici o delle quantità calcolati raccogliendo, aggregando o analizzando dei dati provenienti da un sistema d'informazione semplice ed affidabile. La definizione a priori di indicatori puntuali e pertinenti è una condizione necessaria per la realizzazione del M&V.
Le attività di M&V si inseriscono in precisi momenti del **Ciclo del progetto** relativo ad una iniziativa di cooperazione sanitaria. Il Ciclo del progetto definisce la sequenza delle azioni necessarie e prestabilite che devono essere effettuate per ciascun progetto. Si distinguono sei fasi del Ciclo del progetto, ciascuna della quali si avvale di propri strumenti operativi:
1. Programmazi**one:** si analizza il contesto e si identificano problemi, obiettivi e priorità cui l'intervento deve indirizzarsi.
2. **Identificazione:** si perviene alla selezione tra le possibili idee progettuali emerse dopo uno specifico studio di pre-fattibilità.
3. **Formulazione:** si approfondisce la strategia selezionata nella fase di identificazione ed elabora il piano di lavoro. Si avvale dello studio di fattibilità.
4. **Finanziamento:** si decide se concedere o meno il finanziamento; in caso positivo, vengono definite le modalità di disborso delle risorse in riferimento alla realizzazione dell'intervento.
5. **Realizzazione:** si avviano le attività di produzione o servizio previste con il supporto di piani operativi, contratti, rapporti, convenzioni, ecc. Durante questa fase si avvia l'azione di monitoraggio e, quando necessario, la valutazione in itinere.
6. **Valutazione:** si verificano gli effetti dell'intervento a breve termine e a lungo termine e si traggono insegnamenti per il futuro.

Per garantire la coerenza logica di un intervento di cooperazione, ovverossia la capacità di poter raggiungere un certo obiettivo attraverso lo svolgimento di una serie di azioni tra di loro logicamente collegate, è stata da anni codificata la metodologia del **quadro logico (QL),** che permette di elaborare in forma integrata i rapporti tra gli elementi essenziali di un intervento: obiettivi generali, obiettivo specifico, costi, risultati, attività e risorse (fig. 1). Il QL è stabilito nella fase di Identificazione e Formulazione del Ciclo del Progetto, ed è strumento essenziale per l'azione di M&V.
Comunemente l'analisi della logica dell'iniziativa si articola in una serie di elementi, che fanno riferimento alla fase di preparazione, realizzazione ed esito dell'intervento. Si tratta di:
Problemi Sono l'individuazione, in sostanza, della situazione negativa che si vuole risolvere e le sue possibili cause.
Strategia di intervento Sono l'aggregazione coerente di obiettivi, risultati e attività selezionata a fronte dei problemi identificati e rispondente alle priorità dei destinatari, del Paese beneficiario e del donatore..
Obiettivi generali Sono l'identificazione dei benefici sociali e/o economici di lungo termine che il programma/progetto vuole garantire. Sono la trasformazione in positivo dei problemi.
Obiettivo specifico E' lo scopo unico del progetto.
Beneficiari/Partners: Sono i soggetti pubblici e privati,

| *Logica dell'intervento* | *Indicatori* | *Fonti di verifica* | *Condizioni* |
|---|---|---|---|
| Problemi da risolvere | | | |
| Obiettivi generali | | | |
| Obiettivo specifico | | | |
| Risultati attesi | | | |
| Attività | Risorse | Costi | Precondizioni |

*Figura 1: Matrice classica del Quadro Logico*

rappresentativi di interessi, seppur diversi, relativi alla situazione di riferimento ed in grado di apportare un contributo per il miglioramento delle condizioni esaminate.
Indicatori Sono la descrizione operativa degli Obiettivi Generali, dell'Obiettivo Specifico e dei Risultati Attesi in termini di quantità, qualità, tempo, luogo e destinatari diretti ed indiretti. Devono essere appropriati, misurabili, utilizzabili a costi contenuti ed obiettivamente verificabili (Indicatori Obiettivamente Verificabili - IOV).

Sono lo strumento di misura su cui si fonda l'azione di M&V.
Fonti di verifica Sono le fonti da cui vengono ricavati gli IOV
Risultati Sono i servizi o beni, espressi numericamente, che i beneficiari riceveranno grazie alle attività realizzate dal progetto.
Attività Sono le azioni da realizzare nell'ambito del progetto per raggiungere i risultati e conducono ai risultati che a loro volta portano allo scopo del progetto.
Risorse Sono le risorse umane e materiali necessarie per portare a termine le attività pianificate e gestire il progetto.
Effetti Sono i vantaggi immediati ottenuti dai destinatari dell'iniziativa. Sono direttamente connessi agli obiettivi generali e discendono direttamente dal raggiungimento dei risultati attesi.
Impatto E' il cambiamento, positivo e negativo, diretto e indiretto, voluto e non voluto, prodotto da un'iniziativa. Può essere considerato come l'effetto a lungo termine.
E' auspicabile che, in ogni fase della valutazione, il progetto di cooperazione debba innanzitutto supportare le priorita' identificate dai piani strategici dei programmi sanitari nazionali.
Caso Studio 1 – Politica, programma e progetto di cooperazione
Caso Studio 2 - Il Quadro Logico

## 2. La Valutazione

Valutare un'iniziativa di cooperazione sanitaria equivale a rispondere a due domande fondamentali: a) stiamo facendo la cosa giusta? b) la stiamo facendo nel modo giusto? La risposta a queste due domande è formulata in base ai criteri della valutazione, cioè alle relazioni esistenti tra i diversi elementi della logica dell'iniziativa. In questo articolo si considerano i seguenti criteri come fondamentali per la valutazione

### CASO STUDIO

Politica, Programma e Progetto di Cooperazione Sanitaria

#### La Politica Sanitaria di Lotta alle Malattie Trasmissibili

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN 2010-2020) intende promuovere la lotta alle malattie infettive. In linea con la strategia nazionale di riduzione della povertà (PRSP 2005-2015, la priorità è stata riconosciuta al controllo di:

- TBC
- Malaria
- Malattie sessualmente trasmissibili: AIDS

#### Il Programma Nazionale di Controllo della Tubercolosi

Il Programma Nazionale di Controllo della TBC (2011-2016) prevede il rinforzamento dei servizi diagnostici e terapeutici attraverso la costituzione di una rete di centri DOT nei distretti periferici ad alto tasso di mortalità per TBC. Per il triennio 2011-2014, sono stati individuati 11 distretti periferici come target: Marasa, Rutaro, Wabis, Motano, Ariva, Santany, Yllasa, Sud-Ouest, Didio, Vamona

#### Il Progetto Sanitario "Controllo della tubercolosi nel distretto di Rutaro"

Il Progetto "Controllo della tubercolosi nel distretto di Rutaro" si propone di fornire un contributo al controllo della tubercolosi, al fine di migliorare le condizioni sanitarie e sociali della popolazione residente nel distretto.
Gli interventi previsti dal progetto consistono in: riabilitazione di due centri DOT e costruzione di un nuovo centro, acquisto e fornitura di farmaci specifici e materiale di laboratorio, organizzazione di corsi di formazione e creazione di un archivio per la raccolta sistematica delle informazioni sui pazienti.
La durata del progetto è di 3 anni.
I beneficiari del progetto sono le persone che si ammalano di tubercolosi nel distretto di Rutaro (stimate in oltre 2.000 l'anno) e le loro famiglie e le comunità di appartenenza per un bacino di utenza potenziale di circa 3 milioni di abitanti.
I fondi sono forniti dal Ministero degli Affari Esteri Italiano (80%) e dalla fondazione bancaria CORALI (20%).
L'ente operativo locale è il Ministero della Salute e la Direzione Distrettuale di Sanità di Rutaro, i quali si impegnano a rilevare il progetto alla fine del terzo anno.

di un'iniziativa di cooperazione sanitaria:
**Rilevanza** La misura dell'incidenza degli obiettivi progettuali sulla soluzione delle problematiche identificate.
**Efficienza** La misura della qualità e quantità dei risultati realizzati in relazione alle risorse immesse (generalmente quantificate in termini di costo). Si distingue fra **efficienza tecnica** (o produttiva), cioè il rapporto fra l'output di un processo produttivo e gli input impiegati (output/input) ed **efficienza allocativa**, ovverossia, le modalità utilizzate dal sistema economico nel suo insieme per distribuire le risorse tra

impieghi alternativi (outcome/input)
**Efficacia** La misura della capacità di un intervento o attività di rispondere agli obiettivi prefissati (outcome/output).
**Impatto** La misura in cui i cambiamenti (positivi e negativi, diretti o indiretti, voluti o non voluti) prodotti dall'iniziativa rispondono ai problemi identificati.
**Sostenibilità** La misura in cui i benefici previsti dal progetto possono continuare a rinnovarsi successivamente all'interruzione dell'intervento progettuale esterno.
**Fattibilità** La misura in cui le condizioni interne ed esterne al progetto possono influire positivamente o negativamente sul raggiungimento degli obiettivi.
**Equità** Intesa dal punto di vista dell'erogazione dei servizi, indica la misura in cui è garantita l'uguaglianza di trattamento per uguale bisogno, uguaglianza nelle condizioni di salute e l'uguaglianza di accessibilità ai servizi. E' data dal rapporto fra l'impatto sui bisogni e gli obiettivi (impact/outcome). Pone complessi problemi di misurazione che devono valutare l'equità politico-sociale non solo delle prestazioni messe in atto, ma anche del processo di acquisizione e impiego delle risorse.
**Economicità** Misura il grado di raggiungimento dei fini istituzionali nel lungo periodo, ovverosia, la capacità di lungo periodo di soddisfare i bisogni che la popolazione manifesta attraverso un adeguato utilizzo delle risorse a disposizione. E' data dal rapporto fra l'impatto sui bisogni e le risorse utilizzate (impact/input)

Si distinguono tre tipi di valutazione

- Qualitativa e/o quantitativa
- Interna o esterna
- Partecipativa o non partecipativa

La valutazione può essere qualitativa o quantitativa a seconda degli strumenti utilizzati; quelli qualitativi si basano sull'interpretazione logica e/o la classificazione di testi, interviste, pareri e valutazioni. Al contrario, gli strumenti quantitativi utilizzano grandezze numeriche. L'approccio qualitativo o quantitativo della valutazione dipende dalla natura delle informazioni di cui si dispone e dall'aspetto da valutare. Generalmente la valutazione è condotta con l'ausilio sia di strumenti quantitativi che qualitativi. La valutazione si definisce interna o esterna a seconda di chi la commissiona; è esterna quando è svolta da un soggetto non collegato all'esecuzione dell'iniziativa; è interna quando è svolta dall'ente esecutore dell'iniziativa ed è detta anche autovalutazione. Infine, la valutazione è partecipativa quando si realizza con un alto grado di coinvolgimento degli attori e si adotta un approccio partecipativo che riconosce ai beneficiari degli interventi di sviluppo, intesi come partner, un potere di iniziativa e di decisione.

La valutazione è un evento puntuale, realizzato in un momento ben preciso e definito della vita del progetto/programma; può essere attuata:

- prima del progetto (valutazione ex ante)
- durante l'implementazione del progetto (valutazione in itinere)
- a fine progetto (valutazione finale)
- a distanza di alcuni anni dalla fine del progetto (valutazione ex-post)

La **valutazione ex ante** deve essere svolta nella fase preliminare dell'idea progettuale. Serve per capire la validità del progetto in termini di efficacia e di efficienza, nonché a stilare una puntuale valutazione iniziale della situazione di partenza che deve emerge direttamente dalle esigenze dei soggetti coinvolti. Lo strumento base della valutazione ex ante (e dell'iniziativa in generale) è lo **studio di fattibilità**, che viene redatto nella fase di Formulazione della proposta progettuale ed è talora preceduto da uno studio di pre-fattibilità, il cui obiettivo essenziale consiste nell'escludere le ipotesi di intervento più chiaramente inadeguate. Lo studio di fattibilità analizza approfonditamente i bisogni da soddisfare, i problemi da risolvere e in quale misura l'iniziativa può essere utile. In tutti gli studi di fattibilità vanno condotte specifiche analisi sociali e di genere, prevedendo appositi indicatori quali-quantitativi. Lo schema tipo di uno studio di fattibilità prevede:

1. **Presentazione**
2. **Contesto**
3. **Strategia**
4. **Fattori critici e di successo esterni**
5. **Realizzazioni**
6. **Sostenibilità**

*Lo studio di fattibilità è tanto più dettagliato ed approfondito quanto ingenti sono le allocazioni di risorse necessarie per la realizzazione dell'iniziativa. I risultati dello studio di fattibilità vengono utilizzati nella valutazione ex ante; essa si avvale delle informazioni raccolte dallo studio di fattibilità per giudicare l'iniziativa in base agli otto criteri già visti (rilevanza, efficienza, efficacia, impatto, sostenibilità, fattibilità, equità ed economicità) e decidere se finanziare o meno il progetto. Se il progetto risulta finanziabile, lo studio di fattibilità resta il punto di riferimento indispensabile per i successivi momenti di valutazione; nel caso in cui l'iniziativa è invece giudicata non finanziabile, le informazioni fornite dallo studio di fattibilità restano un patrimonio importante per comparazioni con altri eventuali progetti affini o per effettuare le successive correzioni, ma il progetto presenta caratteristiche che rendono incerto il conseguimento degli obiettivi e deve essere ridefinito o abbandonato.*

*La valutazione in itinere è il meccanismo chiave mediante cui è possibile avere un continuo feedback per rimodulare, modificare o rettificare il sistema progettuale, nel caso in cui venissero rilevate incongruenze. Viene redatta nella fase di Realizzazione del progetto e diventa particolarmente importante nel caso di progetti "in crisi", che hanno accumulato ritardi rilevanti nell'esecuzione delle attività (a), che hanno superato i costi preventivati (b), o che presentano dati di monitoraggio che si discostano*

*significativamente dai risultati intermedi attesi (c). La valutazione in itinere diventa importante anche nel caso di progetti pilota, strategicamente rilevanti rispetto ai quali diventa essenziale poter intervenire in tempi rapidi qualora si presentassero elementi critici non previsti e così pure apprendere dal progetto, in modo da poter trasferire l'esperienza in contesti analoghi. Infine è consigliato attuare la valutazione in itinere nel caso di progetti di grandi dimensioni finanziarie, per i quali la valutazione svolge un'azione di sostegno alla realizzazione del progetto stesso. La valutazione in itinere si avvale dei dati provenienti dal monitoraggio, ma deve anche reperire informazioni autonomamente attraverso interviste, sopralluoghi e con il coinvolgimento di un'ampia varietà di interlocutori (beneficiari, rappresentanti dei gruppi destinatari, organizzazioni della società civile, ecc.). Una volta reperite le informazioni quantitative e qualitative, queste sono elaborate e riportate nel rapporto di valutazione in itinere.*

*La* **valutazione finale** *si effettua immediatamente dopo la fine del progetto e serve per verificare il raggiungimento degli obiettivi previsti dall'iniziativa e il suo grado di successo. Dal momento che deve verificare i benefici prodotti a favore dei destinatari dell'iniziativa è essenziale che quest'ultimi siano attivamene implicati nel lavoro di valutazione finale. Ad eseguirla dovrebbe essere di preferenza un soggetto indipendente, che procedendo all'elaborazione di tutti i dati disponibili (rapporti di monitoraggio, studio di fattibilità, valutazione in itinere, ecc.), nonché attraverso indagini proprie (analisi multicriterio, interviste, verifica del rapporto costi-benefici, SWOT, ecc.), procede ad una verifica dei risultati conseguiti dall'intervento secondo i criteri fondamentali di rilevanza, efficienza, efficacia, impatto, sostenibilità, fattibilità, equità ed economicità. I risultati della valutazione finale sono una fonte preziosa di informazioni ed input per misurare il conseguimento dell'obiettivo specifico e degli obiettivi generali, analizzare gli elementi che si discostano dallo programmazione e dallo studio di fattibilità e per trarre insegnamento dall'esperienza acquisita e trasferirla in una seconda fase progettuale o in altre situazioni analoghe e infine confrontare alcuni parametri di riferimento. Infatti, tutti gli attori coinvolti a vario titolo nelle iniziative di cooperazione sanitaria di una determinata area geografica e di un determinato ambito di intervento dovrebbero poter condividere e utilizzare le informazioni chiave provenienti dai report di valutazione.*

*La* **valutazione ex-post** *consiste nella verifica dell'impatto effettivamente conseguito dall'iniziativa rispetto agli obiettivi specifico e generali, solitamente dopo un congruo periodo di tempo dal completamento delle attività, possibilmente non prima di tre anni e non oltre dieci. Infatti, poiché deve misurare gli effetti a lungo periodo conseguiti dall'iniziativa, è indispensabile che quest'ultimi abbiano modo di esplicarsi completamente. Ad eseguirla deve essere un soggetto esterno all'iniziativa stessa, con esperienza nel settore specifico dell'intervento e completamente indipendente; meglio ancora se ci si può avvalere di un gruppo multidisciplinare che possa apprezzare l'impatto complessivo sui beneficiari. Una nota a parte merita la valutazione ex post dei programmi che oltre alle normali metodologie di analisi deve anche valutare le sinergie interne (positive e negative) fra i diversi progetti ovverossia gli effetti aggiuntivi che si sono prodotti grazie all'operare congiunto di due o più progetti.*

| Tipo di Analisi | Unità di misura dei costi | Tipi di conseguenze | Unità di misura delle conseguenze |
|---|---|---|---|
| **Costi-benefici** | Monetaria | Effetti singoli o multipli, non necessariamente comuni a tutte le alternative | Monetaria |
| **Costo-utilità** | Monetaria | | Anni di salute o Più spesso QALY |
| **Costo-efficacia** | Monetaria | Effetto singolo comune ad entrambe le alternative raggiungibile in grado diverso | Unità naturali (es. anni di vita guadagnati) |

Fonte: adattato da Drummond Michael F. 2010

*Caso Studio 3 – La SWOT Analisi*

## 3. Il Monitoraggio

Il monitoraggio è un esame continuo e sistematico della realizzazione delle attività, che si svolge durante tutto l'arco dell'attuazione del progetto/programma. Al contrario della valutazione che avviene in un momento ben preciso, il monitoraggio è un'attività day-to-day, che inizia nel momento in cui incomincia la fase di realizzazione del progetto e termina contestualmente alla chiusura di tutte le attività, comprese quelle di rendicontazione. Il monitoraggio riveste, nella fase di Realizzazione, un'importanza primaria per due ragioni fondamentali:

1. fornisce le informazioni necessarie per il controllo periodico e sistematico dell'iniziativa, così da garantire tempestivamente, se necessario, opportuni interventi correttivi;
2. costituisce la fonte di informazione principale per la valutazione in itinere, finale e per quella ex-post.

Il monitoraggio comporta lo svolgimento di due azioni principali: a) raccolta e analisi delle informazioni, b) predisposizione di rapporti periodici di monitoraggio. Le informazioni che il monitoraggio deve rilevare provengono da diverse fonti con modalità e tempistiche differenti e possono essere di natura qualitati-

va o quantitativa, di natura procedurale, finanziaria o operativa. Periodicamente tali informazioni vengono opportunamente verificate, analizzate e organizzate in rapporti, che possono essere predisposti con cadenza mensile, trimestrale, semestrale o annuale. Il monitoraggio è svolto dall'ente esecutore dell'iniziativa che ne è responsabile di fronte all'ente finanziatore, il quale deve a sua volta verificare i dati acquisiti e curare i relativi seguiti. La redazione del rapporto periodico di monitoraggio, così come la raccolta e l'organizzazione dei dati e dei relativi indicatori, spetta ai soggetti che prendono parte all'iniziativa coordinati e supervisionati da ultimo dal responsabile di progetto. Talora, le informazioni vengono aggiornate tramite missioni ad hoc condotte da esperti per la verifica dei dati e l'esame congiunto dell'andamento dell'iniziativa, in collaborazione con il finanziatore o altri attori locali.

Le informazioni raccolte dal monitoraggio vengono sintetizzate attraverso i medesimi indicatori presenti nel quadro logico relativi a Risultati e Obiettivi. Gli indicatori possono essere:

- **finanziari** quando forniscono informazioni sull'utilizzo delle risorse disponibili
- **procedurali** quando monitorano le tappe dell'iniziativa in riferimento al cronogramma prestabilito
- **operativi** quando rilevano gli avanzamenti verso i risultati di salute dell'intervento.

Alcuni esempi di indicatori operativi propri di progetti sanitari sono illustrati nella figura 2. Nel caso specifico dei progetti di cooperazione sanitaria, gli indicatori operativi possono attingere ai dati raccolti direttamente dal responsabile del progetto e/o dallo staff sanitario impiegato dall'iniziativa oppure possono far riferimento al sistema informativo sanitario esistente.

*Figura 2 . Indicatori per la valutazione e il monitoraggio di un intervento sanitario*

## 4. La Valutazione Economica dei Programmi Sanitari

Abbiamo visto fino ad ora come le diverse tecniche della valutazione economica (analisi costi-benefici, analisi costi-efficacia, ecc.) siano impiegate - insieme ad altri strumenti tecnici di analisi (analisi SWOT, analisi multicriterio, analisi sociale e di genere, ecc.) - per valutare in fase finale, di programmazione, ex post e in itinere un intervento di cooperazione. In questo paragrafo si è scelto di soffermarsi sulle valutazioni economiche dei programmi sanitari. La ragione di questa scelta è tanto semplice quanto cruciale. L'importanza attribuita alla valutazione economica in ambito sanitario è legata alla limitatezza delle risorse disponibili e alla conseguente necessità di avere criteri neutrali e standard per prendere le decisioni, per replicare gli interventi di successo e difendere, qualora necessario, scelte più eque ma meno efficienti (il cosiddetto "trade off efficienza-equità", come ad esempio la decisione di aprire strutture sanitarie di dimensioni inferiori al livello minimo di efficienza).

Le valutazioni economiche dei programmi e degli interventi sanitari, infatti, consentono di stimare l'impatto economico di alternative disponibili per ottenere un determinato risultato e di rispondere alla domanda: possiamo fare meglio? Un'attività, un programma o una politica sanitaria sono meritevoli di essere adottati e implementati? Siamo soddisfatti di come sono utilizzate le risorse disponibili? Le valutazioni economiche hanno, in pratica, la capacità di rendere espliciti i criteri per la formulazione delle stime di valore e di fornire elementi aggiuntivi per guidare le scelte dei responsabili di progetto o dei policy makers, stabilendo se vale la pena realizzare un dato progetto, programma, intervento o servizio sanitario e in quale misura un dato investimento è da preferirsi rispetto ad un altro. In altri termini, di fronte alla scelta tra l'attuazione del programma A o del programma B, la valutazione economica confronta efficacia e costi delle due opzioni e consente una decisione più razionale (figura 3).

*Figura 3: Di fronte alla decisione tra l'attuazione dell'intervento A o B, la valutazione economica misura efficacia e costi incrementali delle due opzioni e consente quindi una scelta più razionale.*

Quando ci si accinge ad effettuare una valutazione economica di un progetto sanitario è necessario innanzitutto chiarire la prospettiva della valutazione, ovverossia il punto di vista dal quale si misurano costi, benefici, utilità ed efficacia. Tale punto di vista può essere quello degli utenti (i beneficiari diretti dell'intervento), quello del centro di salute o del distretto sanitario, quello del sistema sanitario nel suo complesso o della società nel suo insieme.

A seconda che si esaminino solo i costi, solo le conseguenze o entrambi i costi e le conseguenze e che si consideri un solo intervento o più alternative, si distinguono diversi tipi di analisi economica (figura 4).

*Figura 4: L'analisi Costi-Benefici, Costi-Efficacia e Costo-Utilità consente di esaminare costi e conseguenze di più alternative possibili.*

L'**analisi di minimizzazione** dei costi esamina più opzioni possibili ma ha come unico criterio di decisione quello del costo minimo; l'assunto di base, infatti, è l'eguaglianza dei benefici delle diverse opzioni confrontate.

Al contrario, **l'analisi costi-benefici (ACB), l'analisi costi-efficacia (ACE) e l'analisi costi-utilità (ACU)** consentono di esaminare costi e anche conseguenze di più alternative possibili. I **costi** sono costi organizzativi e operativi sostenuti all'interno del settore sanitario (costi diretti, come ad esempio i reagenti, lo stipendio del personale sanitario impiegato nel progetto, ecc.), ma anche costi sostenuti dai pazienti e

| Esempi di Indicatori Operativi per un Progetto Sanitario | |
|---|---|
| **Obiettivi generali** | **Obiettivo specifico** |
| • riduzione dell'incidenza della tubercolosi<br>• riduzione delle morti dovute a malaria<br>• scomparsa del verme di Guinea<br>• riduzione delle percentuali di invalidità dovute a traumi<br>• riduzione della mortalità materna<br>• riduzione della mortalità infantile<br>• riduzione della prevalenza della malnutrizione sotto i cinque anni<br>• incremento della vita media delle popolazioni residenti nelle aree oggetto degli interventi<br>• incremento degli indici di qualità della vita | • incremento del numero di visite antenatali<br>• incremento dei bambini malnutriti sottoposti a terapie di recupero nutrizionale<br>• incremento del numero di parti assistiti da personale qualificato<br>• incremento di personale formato all'utilizzo del partogramma<br>• incremento numero e tipologia di nuovi servizi specialistici di medicina preventiva<br>• incremento numero donne in gravidanza sottoposte a test HIV<br>• incremento delle visite di monitoraggio della crescita 0-24 mesi |
| Esempi di indicatori fisici di risultato | |
| • volumetria realizzata (m3) per edifici e stabili<br>• quantità e tipologia di materiale antropometrico distribuito | |

Fonte: adattato da MAE 2002

dalle loro famiglie sia in termini di pagamento diretto per le prestazioni *(out of pocket)*, sia in termini di mancato guadagno, perdita di produzione, costi psicologici, ecc., il cui peso deve immancabilmente essere stimato soprattutto in contesti di povertà come quelli in cui si attuano gli interventi di cooperazione sanitaria. Le **conseguenze** degli interventi sanitari possono essere classificate in termini di: **benefici, effetti e utilità.** I benefici identificano cambiamenti a livello di uso futuro delle risorse e sono misurabili in **unità** monetarie. Si distinguono benefici diretti, ovverossia il risparmio associato al minore consumo di risorse per effetto del programma attuato, e benefici indiretti, cioè il risparmio ottenuto dai pazienti o dalle loro famiglie grazie al guadagno di tempo lavorativo. Gli **effetti** sono modificazioni delle funzioni fisiche, psichiche e sociali degli individui, misurabili in unità naturali (anni di vita guadagnati, giorni di disabilità prevenuti, riduzione della pressione sanguigna, ecc). Infine, l'**utilità** indica i cambiamenti intervenuti a livello di qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie, descrivibili mediante un'unità di misura non monetaria, il QALY *(Quality Adjusted Life Years)*, che misura l'incremento di aspettativa di vita media corretto per la qualità della stessa (figura 5).

*Figura 5: L'ACE, l'ACB e l'ACU consentono di esaminare costi e conseguenze di più alternative possibili.*

L'analisi costi-benefici serve a misurare il contributo di un dato intervento al benessere dei destinatari dal punto di vista dell'intera società e permette il confronto in termini di convenienza di diverse alternative. Assegna valori monetari a tutti i vantaggi e svantaggi generati dall'intervento. L'analisi viene condotta in genere riportando ogni unità di input in unità di costi elementari e ogni unità di output in unità di benefici elementari. Ad ognuna di queste unità si tenta poi di dare un valore quanto il più possibile oggettivo, rendendolo in tal modo misurabile e confrontabile. Il costo totale, di conseguenza, è la somma dei valori delle singole unità di costi elementari, mentre il beneficio totale è, analogamente, la somma dei valori delle singole unità di benefici elementari. È possibile, con questo sistema, valutare sia benefici e costi diretti che indiretti. Ha il vantaggio di rendere confrontabili le performance di interventi di natura anche molto diversa, ma problemi di misurazione spesso comportano che l'insieme dei benefici valutati in termini monetari sia abbastanza limitato.

Per far fronte a questo problema dell'ACB, hanno acquistato sempre più piede l'analisi costi-efficacia e l'analisi costi-utilità, che valutano la desiderabilità e l'efficienza dei progetti sulla base della quantità fisica di effetti per unità di costo (es. vite salvate per euro speso). L'analisi costi-efficacia mette in relazione diretta il costo di un intervento con la sua efficacia (es. casi correttamente diagnosticati per il suo costo). Essa aiuta a valutare gli impatti attesi nell'analisi ex-ante e a calcolare gli impatti ottenuti in quella ex-post ed obbliga a considerare gli effetti a lungo termine; purtroppo presenta lo svantaggio di consentire il confronto solo di un'unica misura di risultato, come ad esempio gli anni di vita guadagnati.

Per superare questa "mono-dimensionalità" dell'ACE, viene usata soprattutto nel settore sanitario l'analisi costi-utilità che cerca di tenere conto contempora-

neamente della qualità e degli anni di vita. Per questo trova applicazione specialmente in quei casi di interventi che comportano un qualche trade-off tra qualità e durata della vita. Va tuttavia considerato che anche la misurazione in termini di QALY cerca di riportare ad una sola dimensione quantitativa, e come tale facilmente misurabile e confrontabile, un fenomeno multi-dimensionale e qualitativo come la qualità della vita. Questo, se da un lato semplifica l'analisi operativa dei progetti e l'assoggetta a criteri quantitativi, dall'altro introduce inevitabili approssimazioni in altri aspetti della valutazione, che può risultare anche molto variabile tra individui e determinare differenze sistematiche.

E' opportuno sottolineare che i caratteri distintivi delle diverse tipologie di analisi economica sono spesso confusi e non è sempre agevole individuare quale sia la tecnica di analisi più appropriata per il caso in questione; alcune volte, infatti, si può anche decidere di adoperare più approcci.

**5. Problemi aperti dei sistemi di M&V**

Come è emerso fino ad ora, monitorare e valutare un'iniziativa di cooperazione sanitaria è un'attività tutt'altro che facile, che presenta non pochi limiti e svariati aspetti controversi. Le analisi sono spesso quantitative e solo più raramente qualitative e resta di fatto un problema di intangibilità di alcuni effetti e di soggettività delle indagini. La periodicità della raccolta dati, la rappresentatività del campione, le dimensioni del campione e le cause ed i fattori di rischio che lo influenzano sono altri problemi aperti.

> ***"Monitorare e valutare è un'attività tutt'altro che facile"***

Dal punto di vista manageriale, poi, che è quello su cui si concentra il presente articolo, un buon sistema di M&V ha bisogno di risorse dedicate, di formazione, di incentivi e assistenza tecnica. Purtroppo, si assume spesso che chiunque possa fare M&V e ci si attende che tutti gli operatori, con un supporto minimo, possano "just do it"; ne consegue che molti responsabili di progetto con responsabilità di M&V si sentono troppo spesso confusi e inadeguati di fronte alle diverse metodologie di M&V e alla loro mancanza di specifiche capacità.

Inoltre, si tende a dimenticare che tutti i sistemi di M&V hanno bisogno a loro volta di essere monitorati e aggiornati regolarmente durante tutta la vita di un progetto, parallelamente all'evolversi del piano di lavoro. Un buon sistema di M&V deve essere pianificato e sviluppato nella fase di start-up del progetto, ma ha bisogno di essere alimentato, aggiornato, documentato chiaramente e modificato - se necessario - durante tutta la durata del progetto stesso. Inoltre è indispensabile la condivisione del piano di M&V con tutti gli stakeholders (i portatori di interesse) e con color che lo devono implementare, rispetto ai quali deve essere assicurata una piena comprensione ed adesione allo stesso.

Per guidare le scelte successive, un sistema di M&V deve essere in grado di tracciare i progressi fatti in relazione ai target e alla gerarchia degli obiettivi. Inoltre, esso deve sapere spiegare i successi ed i fallimenti ed individuare gli effetti positivi e negativi non intenzionali. Molti progetti hanno un basso standard di M&V proprio a causa di piani troppo ambiziosi che prevedono la raccolta e l'analisi di grandi quantità di dati e informazioni. In generale, è buona regola strutturare un sistema di M&V tenendo presente che "the less is more". Per farlo possono essere seguite una serie di cosiddette "domande performance", che accompagnano la logica dell'intervento e consentono un'adeguata valutazione dello stesso a tutti i livelli della gerarchia degli obiettivi.

**Infine, la diffusione dei**

Fonte: Adattato da IFAD 2004

Infine, la diffusione dei risultati raggiunti è un altro aspetto cruciale - benché troppo spesso ignorato - per il quale bisogna prevedere fin dall'inizio un'adeguata strategia di comunicazione.

**7. Conclusioni**

In conclusione, l'idea del presente articolo è stata quella di descrivere le buone pratiche di M&V, pur riconoscendo che non esiste un modo doveroso ed univoco per svolgere M&V. La funzione principale di ogni sistema di M&V è quella di assicurare la riflessione critica orientata al miglioramento, apprendere per massimizzare l'impatto dei progetti sanitari e mostrare tale impatto affinché qualcuno ne possa rendere conto). Per farlo esistono una molteplicità di strumenti e di approcci le cui tecniche devono essere possedute dai responsabili di progetto, ma non devono rappresentare il fine ultimo delle loro attività di M&V. L'obiettivo, infatti, resta quello di riflettere sull'impatto del proprio progetto, inteso come il cambiamento positivo o negativo, intenzionale o non intenzionale, sulla salute delle persone, e la sua sostenibilità nel contesto di riferimento. A questo proposito, Oxfam, una grande ONG internazionale, raccomanda di riflettere sull'impatto di un intervento rispondendo a cinque grandi domande, che noi condividiamo:

1. Quali cambiamenti sono avvenuti nella vita delle persone? Quanto sono sostenibili?
2. Quali cambiamenti a livello di equità e soprattutto di equità di genere si stano verificando a diversi livelli?
3. Cosa è cambiato nelle politiche e nelle pratiche, nelle idee e nelle credenze di quelle istituzioni che condizionano la vita delle persone che vivono nella povertà?

4. Cosa è cambiato nel grado in cui la gente che vive in povertà ha partecipato e preso il controllo sui programmi, progetti e decisioni che impattano le loro vite?
5. Quanto è stato **costi-efficace** il progetto nel promuovere e realizzare tale cambiamento?

Si può rispondere a queste domande con gradi diversi di precisione, con gli input di diversi stakeholders e usando un'ampia gamma di metodi di analisi. Ciascuno, pertanto, deve decidere quanto e in quale misura deve essere elaborato il proprio sistema di M&V, tenendo presente, tuttavia, che nel percorso verso una migliore salute per tutti, è meglio rispondere in maniera imprecisa a domande importanti piuttosto che avere risposte precise a domande non importanti.

Un sistema di M&V non è - e non può essere - un sostituto della buona gestione del progetto e affinché funzioni ha bisogno di essere guidato dai bisogni informativi dei managers, dall'uso che fanno dell'informazione e dal loro desiderio di creare un contesto di conoscenza e trasparenza. Pertanto, in ogni progetto, il M&V sarà sempre e solo tanto buono (o cattivo) quanto buona (o cattiva) è la qualità del management complessivo del progetto stesso.

**Bibliografia**

Detogni C., Manuale di progettazione sanitaria internazionale, Franco Angeli Editore, 2007.
DGCS (MAE), Manuale operativo di monitoraggio e valutazione delle iniziative di Cooperazione allo Sviluppo, Roma, 2002
http://www.esteri.it/mae/doc/6_40_176_a.pdf
IFAD, Managing for Impact in Rural Development. A guide for Project M&E, 2004
http://www.ifad.org/evaluation/guide/
EuropeAid Cooperation Office, Manual. Project Cycle Management, 2001
http://europa.eu.int/comm/europeaid/evaluation/methods/PCM_Manual_EN-march2001.pdf
EuropeAid Cooperation Office, Manual. Project Cycle Management, 2004
http://europa.eu.int/comm/europeaid/qsm/documents/pcm_manual_2004_en.pdf
Horton R, Murray C, Frenk J. A new initiative and invitation for health monitoring, tracking, and evaluation. Lancet 2008; 371:1191-1199.
Boerma JT, Stansfield SK. Health statistics now: are we making the right investments? Lancet 2007; 369: 779-786.
Drummond Michael F et al., Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari, Il Pensiero Scientifico Editore, 2010.

# Criteri di valutazione dei progetti per la promozione della salute

Simona ARLETTI - *Assessore all'Ambiente, Comune di Modena - Presidente Rete italiana Città sane - OMS*

**L'Oscar per i Comuni che promuovono la salute.**

Ogni anno la Rete Italiana Città Sane OMS, la Rete dei Comuni riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, promuove un'edizione dell'Oscar della Salute - Premio Nazionale Rete Città Sane OMS.

Che senso ha premiare un Comune per un progetto sulla salute?

Le città oggi, in un momento in cui per la prima volta nella storia la popolazione urbana ha superato in percentuale il numero dei residenti nelle zone rurali, sono ineluttabili laboratori dello sviluppo umano dove progettare, pianificare, costruire il futuro.

In questo contesto la Rete Città Sane si inserisce come soggetto attivo per fornire agli amministratori il sostegno nella pianificazione della "città che verrà".

Ma come può una città essere "sana"?

È importante prendere in considerazione il concetto di salute dell'OMS che la intende non come una semplice assenza di malattia, ma come stato di benessere complessivo.

Ad esempio una città sana è una città aperta, che offre ai suoi abitanti stimoli e opportunità, risorse ed esperienze diverse. È una città che favorisce e promuove l'incontro con l'altro, la comunicazione e l'interazione, nella convinzione che la diversità sia una ricchezza.

Il benessere che intendiamo, però, non è un prodotto ma un processo, è il risultato di un percorso che impegna una comunità a migliorare continuamente il proprio stato di salute e la qualità della vita dei propri membri.

Una città sana non è, quindi, una città che ha raggiunto uno stato di salute ottimale, ma è una città che si impegna con determinazione per ottenerlo.

Partendo da questo presupposto, la Rete città sane OMS costituisce un punto di raccolta di esperienze e uno snodo importante per la progettualità.

L'Oscar si inserisce in questo contesto e ha diversi scopi:

- valorizzare le buone prassi attuate a livello locale in materia di promozione della salute;
- rendere noti e divulgare progetti e buone pratiche che pongono al centro la salute, realizzando un proficuo scambio di idee tra Comuni;
- rafforzare la co-progettazione ed un maggiore interscambio progettuale;
- consolidare il concetto che la salute non è soltanto un bene primario individuale, ma soprattutto dell'intera collettività.

Vogliamo anche valorizzare il ruolo dei Comuni nella promozione della salute a 360 gradi in quanto comunità di base vicine ai cittadini, e pertanto più capaci di coglierne i bisogni e di stimolarne la partecipazione attiva; mostrare come i Comuni possano essere fulcro di importanti sinergie con le realtà associative del territorio, nonché strumenti per stimolare la politica a livello regionale, nazionale ed europeo.

Ogni progetto presentato, per essere ammissibile, deve riguardare le tematiche della quinta fase (quella attuale) del movimento città sane europeo **"Salute ed equità di salute in tutte le politiche locali"** e nello specifico deve appartenere a una di queste aree tematiche di primaria importanza:

a) stili di vita e lotta all'obesità;

b) disuguaglianze di salute;

c) ambiente e salute.

Ma come valutare i progetti dell'Oscar?

Sulla base dell'esperienza della Rete sono state prese in considerazione **4 fondamentali dimensioni di valutazione**, a ognuna delle quali viene attribuito un punteggio da 1 a 10 (la valutazione finale è la media aritmetica dei punteggi ottenuti).

La prima dimensione è quella dell'originalità e del livello di innovazione del progetto: una buona pratica ha un successo maggiore nel momento in cui propone una soluzione alternativa e nuova per affrontare un problema esistente, oppure nel momento in cui affronta problemi nuovi che non sono stati presi in considerazione da precedenti politiche.

In secondo luogo va considerata la rilevanza delle attività: qualsiasi progetto, per essere davvero importante all'interno del contesto locale in cui viene realizzato, deve avere un impatto e una diffusione di un certo tipo; un'iniziativa spot, per quanto ben realizzata, non può certamente avere il ruolo di un'esperienza continuativa ed estesa a livello geografico e sociale.

Strettamente legata a ciò, è la terza dimensione di valutazione che considera il livello di coinvolgimento e partecipazione dei cittadini nella progettazione e realizzazione delle azioni: un progetto deve puntare



sempre a coinvolgere il maggior numero di persone possibile a cui indirizzare il messaggio, penetrando così nella comunità in modo significativo.

Infine, la quarta dimensione è quella della trasferibilità dell'iniziativa in altro contesto: in questa dimensione risiede il senso stesso della Rete che cerca di portare a conoscenza buone pratiche locali che possano essere trasferite con successo in altri contesti, ottenendo comunque buoni risultati. Un progetto troppo costoso o estremamente legato a una specifica realtà locale può perdere la sua capacità di disseminazione e quindi rischia di non avere un valore per la Rete che vuole condividere le idee fra tutte le città possibili.

I progetti sono valutati da una Giuria composta dai rappresentanti del Comitato Tecnico dell'Associazione Rete Italiana Città Sane (i tecnici che effettivamente si occupano ogni giorno di progetti di salute) e da un esperto indipendente che supervisiona il tutto.

Il progetto giudicato vincitore riceve un premio in denaro da utilizzare per progetti di promozione della salute.

Inoltre sono consegnati dei riconoscimenti ai Comuni i cui progetti sono ritenuti particolarmente meritevoli su una delle quattro dimensioni di valutazione summenzionate.

Tutti i progetti vincitori sono diffusi attraverso i canali comunicativi della Rete in modo da rendere le buone pratiche immediatamente conoscibili e fruibili fra tutti i Comuni soci.

La quarta edizione del Premio, svoltasi nel 2011, ha visto premiato il Comune di Venezia con il progetto Co.me.fa.re. Comune e medici di famiglia in rete che si basa sulla costruzione di un flusso informativo permanente tra i medici di famiglia e il Comune di Venezia per la realizzazione di una banca dati condivisa. I dati raccolti dai medici che hanno aderito all'iniziativa permetteranno all'amministrazione di avere una base di riferimento per pianificare, monitorare e verificare le politiche di intervento e sostenere i medici nella conoscenza e nella lettura integrata e comparata delle informazioni.

Dalle edizioni degli anni precedenti sono nati progetti di Rete – diffusi cioè nella gran parte delle città aderenti – importanti come **"I Percorsi del cuore e della memoria"**, per allenare la mente e prevenire le malattie cardiovascolari fra gli anziani, e **"Le città sane dei bambini",** per la progettazione di attività che sviluppino in maniera positiva e salutare il rapporto fra l'ambiente urbano e il bambino.

I criteri di valutazione dei progetti per la promozione della salute sono stati sviluppati sul campo dai tecnici e dagli amministratori che quotidianamente si trovano ad affrontare le difficoltà e a valutare le opportunità di realizzazione nei contesti locali; i criteri sono poi stati validati attraverso il confronto con il know-how dell'OMS – Regione europea - con cui la Rete è in costante e stretto contatto.

Rete Città Sane OMS - Nata nel 1995 e composta, a oggi, da 73 città italiane, la rete è una delle iniziative promosse dall'organizzazione mondiale della sanità (OMS), per aiutare le città a diffondere la consapevolezza della salute pubblica, sviluppare le politiche locali e i programmi sanitari, prevenire e superare le minacce e i rischi per la salute, anticipare le sfide future.

Per ulteriori informazioni: www.retecittasane.it

# Gli indicatori in campo sanitario tra strumenti di rilevazione e qualità della vita

## *La popolazione tossicodipendente del Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA: utenza, sostanze, indicatori- 01 gennaio 2004- 31 dicembre 2010*

Vincenza ARIANO - Dirigente Medico - Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA
Immacolata CAPOGROSSO - Dirigente Medico - Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA
Anna Paola LACATENA - Dirigente Sociologa - Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA

### Introduzione/Obiettivo

Nell'ultimo decennio il massiccio uso di sostanze stupefacenti ha assunto un posto di rilievo tra le "emergenze" dei Paesi industrializzati. Le misure adottate cercano di prevenire o di contenere l'uso e gli effetti negativi del consumo di droghe. Di fatto, però, resta sempre molto difficile valutare l'efficacia degli interventi.

Nella società dei consumi, infatti, il consumo di sostanze, tra sottocultura e controcultura, sembra proporsi quale ennesimo terreno di negoziazione/conflitto tra individuo e società. Il presente contributo intende provare, dunque, a conoscere ed approfondire, senza il facile ricorso all'etichetta indistinta e generalizzata della diversità tout court, la popolazione afferente al Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA, provando a ripensare gli strumenti di efficacia ed efficienza relativi all'attività svolta in ragione dell'evoluzione del fenomeno. Pur abbracciando un arco di tempo che va dal 01 gennaio 2004 al 31 dicembre 2010, nello specifico l'attenzione si è concentrata sul periodo compreso tra il 01 gennaio 2009 e il 31 dicembre 2009, attraverso uno studio osservazionale, riprendendo i dati forniti al Ministero annualmente (vedi allegato 1 e 2).

**Dipartimento Dipendenze Patologiche**

Il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche della ASL Ta svolge attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale a livello ambulatoriale, territoriale, domiciliare, semiresidenziale, residenziale e di strada inerenti le problematiche sull'assunzione di sostanze psicotrope (legali ed illegali) e i comportamenti assimilabili e correlati (disturbi dell'alimentazione, gioco d'azzardo, videodipendenze, etc.)-Legge Regionale n.27 del 06 settembre 1999, "Istituzione e disciplina del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche nelle Aziende USL".Il Dipartimento in questione si articola in Sezioni Dipartimentali (Ser.T.):

**Sezione Dipartimentale Ser.T. di Castellaneta** Distretto 1: Castellaneta, Laterza, Ginosa, Palagianello

**Sezione Dipartimentale di Martina Franca, Ser.T. di Massafra** Distretto 2: Mottola, Massafra, Palagiano

**Sezione Dipartimentale Ser.T. di Taranto c/o Ospedale "Testa"** Distretto 3 e 4: Taranto + Comune di Statte

**Sezione Dipartimentale Ser.T. di Martina Franca, Ser.T. di Martina Franca** Distretto 5: Martina Franca, Crispiano

**Sezione Dipartimentale di Manduria, Ser.T. di Grottaglie** Distretto 6: Montemesola, Grottaglie, Monteiasi, Carosino, San Giorgio Jonico, San Marzano di San Giuseppe, Monteparano, Roccaforzata, Leporano, Pulsano, Faggiano

**Sezione Dipartimentale Ser.T. di Manduria, Ser.T. di Manduria** Distretto 7: Fragagnano, Sava, Manduria, Avetrana, Maruggio, Torricella, Lizzano

Il bacino di utenza della ASL TA comprende i seguenti **29 Comuni**, in cui risiedono n° **580.525** cittadini (**ISTAT 1/01/2010**), così suddivisi:

Tab.1- Divisione ASL TA per Distretti Socio Sanitari

| |
|---|
| **Distretto Socio Sanitario n.1** (Ginosa, Laterza, Castellaneta, Palagianello) |
| **Distretto Socio Sanitario n.2** (Massafra, Mottola, Palagiano, Statte) |
| **Distretto Socio Sanitario n.3** (Taranto, Circoscrizioni: Borgo, Italia - Montegranaro, Città Vecchia, Tamburi, Isola Porta Napoli, Paolo V, Lido Azzurro) |

**Distretto Socio Sanitario n.4**
(Taranto, Circoscrizioni: Solito Corvisea / Tre Carrare Battisti / Salinella / Lama (Carelli) / S. Vito / Talsano (Tramontone) / S. Donato)

**Distretto Socio Sanitario n.5**
(Martina Franca, Crispiano)

**Distretto Socio Sanitario n.6**
(Grottaglie, Carosino, Faggiano, Leporano, Monteiasi, Montemesola, Monteparano, Pulsano, Roccaforzata, San Giorgio Jonico, San Marzano di S.G.)

**Distretto Socio Sanitario n.7**
(Avetrana, Manduria, Maruggio, Sava, Torricella, Lizzano, Fragagnano)

Le principali funzioni del DDP possono essere così sintetizzate:
-contrasto delle dipendenze patologiche attraverso l'articolazione degli interventi preventivi, terapeutici, di tutela della salute, di riabilitazione e reinserimento sociale;
-rilevazione dei bisogni assistenziali sulla base dei dati epidemiologici;
-integrazione delle attività svolte nell'ambito della Azienda con quelle relative alle strutture accreditate (comunità, associazioni di volontariato, gruppi di auto-aiuto, etc.);
-promozione della formazione degli operatori del Dipartimento, degli operatori socio-sanitari della ASL, del volontariato e del privato sociale del territorio;
-incentivazione dell'umanizzazione dei rapporti fra strutture sanitarie, pazienti e famiglie;
-verifica, sulla base delle indicazioni del Governo regionale, dell'applicazione degli standard di funzionamento del settore e in particolare dei Ser.T., attraverso la definizione delle procedure, dell'individuazione ed il controllo degli indicatori di qualità delle strutture operative e della verifica del raggiungimento degli obiettivi;
- individuazione delle soluzioni per ottimizzare l'accesso degli utenti e delle loro famiglie alla rete dei servizi sanitari pubblici e privati anche attraverso l'apertura di uno "sportello" per gli utenti;
-formulazione, in ragione dell'attività di programmazione, del budget in rapporto agli obiettivi prioritari aziendali al fine di soddisfare le reali esigenze del territorio;
- elaborazione di "protocolli di collaborazione" sia con altre strutture dell'Azienda (DSM, Reparto Infettivi, etc.) che con altre Amministrazioni (Prefettura, Istituzioni scolastiche, Casa Circondariale, USSM, Comune, Provincia, etc.);
-collaborazioni con i centri servizi amministrativi del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, per la realizzazione degli interventi di cui agli artt. 105 e 106 del DPR n.309 del 9 ottobre del 1990;
-collaborazioni con le Autorità Militari esistenti nel territorio per l'attuazione di quanto disposto dagli artt. 109,110,111 dello stesso Decreto;
-collaborazioni con il Dipartimento per l'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia negli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione da attuare nei confronti dei detenuti soggetti all'uso di sostanze psicotrope.
Da tutto ciò si evidenzia il ruolo prioritario che investe la programmazione del settore e la progettazione degli interventi. L'importanza dell'attività di programmazione emerge anche dall'esigenza attuale di razionalizzare gli interventi e le risorse, garantendone l'efficienza e l'efficacia compatibilmente all'assetto complessivo del Servizio Sanitario Nazionale.
Il Ser.T. prevede uno standard minimo di prestazioni:
-sostegno ed orientamento per i tossicodipendenti e le loro famiglie;
- interventi di informazione e prevenzione;
-interventi di formazione ed aggiornamento;
-espletamento delle procedure di accettazione e presa in carico dell'utente;
-elaborazione dei programmi terapeutici e riabilitativi individualizzati che tengano conto della situazione personale, sociale, psicologica familiare e lavorativa del soggetto;
-epidemiologia;
-terapie farmacologiche specifiche, monitoraggio clinico e laboratoristico;
-attività di screening, prevenzione e partecipazione alla cura delle patologie correlate all'uso di sostanze;
-consulenza e prevenzione sul territorio rivolti in particolare alle scuole, ai comuni, alle associazioni di volontariato , ai medici di base, ai farmacisti, etc.;
-valutazione, selezione ed orientamento per coloro che intendono seguire un programma c/o una comunità terapeutica convenzionata;
-affidamento in prova al servizio in alternativa alle pene detentive.

## La normativa

La legge 685/1975 è stata riconosciuta come la prima legge sugli stupefacenti con la quale gli organi statali, regionali e locali affrontarono per la prima volta il "fenomeno droga" in Italia, attraverso interventi di controllo, prevenzione primaria e secondaria, riabilitazione e cura dei soggetti consumatori di sostanze psicotrope. Il testo legislativo affida al Ministero dell'Interno il compito di alta direzione dei servizi di polizia per la prevenzione e la repressione del narco-traffico e di coordinamento generale, stabilendo inoltre le pene previste per lo spaccio di sostanze stupefacenti.

Questo provvedimento è rimasto l'unico riferimento legislativo fino agli anni novanta quando sono state apportate diverse modifiche con l'emanazione della legge n.162 del 26/06/1990 e, sempre nello steso anno, dal Testo Unico 309 del 09/10/1990. In questo testo all'art.118 si definisce l'organizzazione dei servizi per le tossicodipendenze presso le UU.SS.LL. e demanda loro il compito di istituire i Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.). Questi ultimi rappresentano le strutture di riferimento per i tossicodipendenti e le loro famiglie, assicurando la disponibilità dei principali trattamenti farmacologici, psicologici, socio-educativi. Tale disposizione è stata integrata dal D.M. n.444 del 30 novembre 1990 il quale, oltre a esprimere l'organico e le caratteristiche dei servizi per le tossicodipendenze, stabilisce che essi sono unità operative delle AUSL, coordinate nell'ambito di uno specifico Dipartimento per le Dipendenze Patologiche in applicazione dell'accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999.

Fermo restando l'autonomia tecnico-funzionale delle singole Sezioni (Ser.T.), il DDP, tramite l'Ufficio di Direzione, il Coordinamento del Direttore del Dipartimento ed il Consiglio, persegue l'integrazione a vari livelli: organizzativo, economico, formativo, di verifica, epidemiologico, clinico, etc.

Le figure professionali presenti all'interno delle singole Sezioni dipartimentali e dell'Ufficio Affari Generali del DDP ASL TA sono: medici, psicologi- psicoterapeuti, sociologi, assistenti sociali, educatori, infermieri, amministrativi.

## Materiali e Metodi/Disegno dello Studio

Anni fa le strutture sanitarie producevano servizi a qualsiasi costo senza porre attenzione al rapporto tra risorse impiegate e risultati ottenuti.

Negli ultimi anni il tema della misurazione dei risultati, del *benchmarking* (arte di scoprire che cosa fanno gli altri meglio di noi e di studiare, migliorare e applicare le loro tecniche), della qualità in senso lato è diventato uno dei temi dominanti del settore. Il cittadino è diventato più esigente non solo rispetto agli aspetti di cura, ma anche a quelli di comfort e di informazione, sebbene vi sia la necessità di confrontarsi con scarsità di risorse economiche e finanziarie (Serpelloni, G., Simeoni, E., Rampazzo, 2002).

Per discutere di outcome (esito di un trattamento) è opportuno far riferimento al cosiddetto *Paradigma di Donabedian* che considera oggetto della verifica di qualità tre aspetti (Serpelloni, G., Simeoni, E., Rampazzo, 2002).

- Le strutture (structures) - la struttura degli agenti sanitari che erogano il servizio ovvero le caratteristiche fisiche ed organizzative del sistema, del contesto ambientale dove si erogano le cure (es. dimensioni degli ambienti, le condizioni climatiche, i percorsi assistenziali, le dotazioni strumentali e tecnologiche, le ore di assistenza infermieristica, ecc.).
- I processi (process) - il processo produttivo necessario per erogare tali servizi, cioè le modalità con cui vengono effettuate le cure e, quindi, la serie di eventi, di attività, di prassi orientate ad ottenere un risultato (es. le modalità di accettazione, il rispetto delle norme di sicurezza, la compilazione delle cartelle cliniche, la loro archiviazione, ecc.)
- Gli esiti (outcomes) - i risultati sulla salute dell'utente dovuti all'erogazione di tali servizi, intesi come variazioni misurabili della salute o del suo contrario come la mortalità e le complicanze riconducibili a determinati interventi che possono essere specificati come eventi di natura clinica, fisiologica e biochimica, emozionale e cognitiva, psicosociale come il soddisfacimento del paziente).

Indipendentemente dalle caratteristiche che si intendono valutare, è necessario disporre di modelli di riferimento quantificabili, definiti come indicatori.

Da un punto vista legislativo nel decreto di riordino della riforma n. 502/92 (poi 517/93) vi sono due articoli importanti sulla questione indicatori. L'art. 10 che tratta dell'adozione degli "indicatori" quali variabili misurabili che servono per descrivere sinteticamente un fenomeno, misurare e valutare le risorse, i processi e gli esiti, e l'art. 14 che *"preordina uno specifico sistema di indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardante la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione ed alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento dell'attività di prevenzione"*.

Il decreto del 24 luglio 1995 definisce i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel SSN.

Gli indicatori di efficienza e qualità riguardano tutte le aree di esercizio dell'assistenza sanitaria del SSN. La situazione attuale è che sia la valutazione "oggettiva" prevista dalla legge sugli indicatori, sia quella "soggettiva" affidata al giudizio del paziente (ex art.14) attualmente hanno sul territorio nazionale rare e spesso sperimentali occasioni di applicazione. Questo perché i valori medi di riferimento e quindi gli standard nazionali e regionali che avrebbero dovuto, essere elaborati sulla base delle informazioni raccolte periodicamente da parte delle Aziende Ospedaliere, non sono ancora del tutto disponibili.

Al fine di una gestione ottimale delle risorse possedute è necessario ottemperare a diversi step:

1. Analisi dei bisogni della domanda espressa, per comprendere in termini quantitativi la dimen-

Tab.2 - Numero pazienti in carico c/o Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL Taranto dal 2004 al 2010

| | 2010 | 2009 | 2008 | 2007 | 2006 | 2005 | 2004 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tossicodipendenti | 2599 | 2810 | 2898 | 2714 | 2474 | 2475 | 2181 |
| Alcolisti | 234 | 230 | 221 | 206 | 202 | 200 | 138 |
| **Totale** | **2833** | **3040** | **3119** | **2920** | **2576*** | **2675** | **2319** |

* - mancanti dei dati di Massafra sugli alcolisti

sione del fenomeno a cui dare una risposta;

2. Definizione del modello fisico patologico della patologia "Dipendenza da sostanze" mettendo a fuoco sulla base delle evidenze scientifiche disponibili il modello di analisi fattibile su cui allineare e coordinare gli operatori dello staff;
3. Definizione di un modello di managment clinico;
4. Definizione di un modello organizzativo con una elencazione precisa dei vari ruoli delle U. O.;
5. Definizione di un modello gestionale cioè di controllo e della valutazione dell'efficienza e dell'efficacia con un feedback sul modello clinico ed organizzativo (Serpelloni, G., Margotta, M., Maroccola, M., Rampazzo, L., 2002).

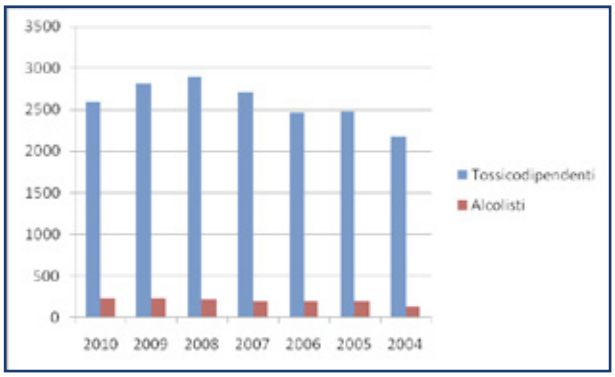
Quindi la valutazione di qualità nella pratica clinica passa attraverso una ricerca di informazioni quantitative per la comprensione stessa del fenomeno, una misurazione tramite indicatori di sintesi, una comparazione rispetto a standard di riferimento all'interno di un range di qualità (ricerca, misurazione, comparazione).

Si può così costruire un profilo medio che potrà essere utilizzato come profilo di qualità attesa dalle U.O. e confrontato con quello osservato dalla singola U.O.

Qualità in sanità significa attenzione all'utilizzo corretto ed adeguato delle risorse umane ed economiche, alla valutazione degli investimenti e del rapporto costo / beneficio degli stessi, al grado di soddisfazione dei clienti, ovvero il monitoraggio della qualità percepita, la valutazione degli esiti delle prestazioni e dei servizi erogati e del livello assistenziale garantito ai pazienti.

Il concetto di qualità è legato a quello di efficienza, intesa come capacità di eseguire gli interventi voluti e dovuti con risparmio di risorse oppure di eseguire con lo stesso impegno di risorse il maggiore numero di interventi possibile (efficienza operativa - tecnica); efficienza come capacità di utilizzare bene le risorse a disposizione per migliorare lo stato di salute dei pazienti (efficienza in termini economici); efficienza intesa come misura in cui le risorse a disposizione vengono distribuite all'interno della società in modo che alla società possano derivare maggiori benefici possibili (efficienza allocativa).

Tab.3 - Andamento pazienti tossicodipendenti ed alcolisti DDP ASL TA dal 2004 al 2010




Nello specifico del Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL- TA, sono stati raccolti i dati relativi all'andamento dei pazienti in carico dal 01 gennaio 2004 al 31 dicembre 2010.

L'andamento del numero dei pazienti tossicodipendenti ed alcolisti del DDP ASL TA dal 2004 al 2010

Tab. 4 - Andamento pazienti in carico DDP ASL TA dal 2004 al 2010 per Distretto Socio Sanitario

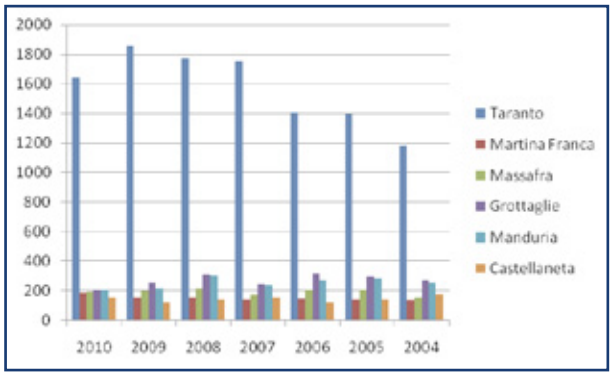
| Tossicodipendenti | Distretto | 2010 | 2009 | 2008 | 2007 | 2006 | 2005 | 2004 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Taranto | 3-4 | 1644 | 1854 | 1771 | 1758 | 1404 | 1396 | 1182 |
| Martina Franca | 5 | 189 | 156 | 153 | 142 | 151 | 142 | 140 |
| Massafra | 2 | 197 | 198 | 217 | 174 | 206 | 205 | 153 |
| Grottaglie | 6 | 208 | 258 | 311 | 247 | 318 | 301 | 272 |
| Manduria | 7 | 205 | 219 | 304 | 237 | 272 | 285 | 254 |
| Castellaneta | 1 | 156 | 125 | 142 | 156 | 123 | 146 | 180 |
| **Totale** | | **2599** | **2810** | **2898** | **2714** | **2474** | **2475** | **2181** |

evidenzia un picco massimo per i primi nel 2008 con una decrescita per gli anni 2009 e 2010, sia pur non particolarmente sensibile, mentre il numero dei pazienti alcolisti continua a crescere.

Evidentemente il dato più significativo è da riportare al Ser.T. di Taranto (Taranto città e Statte)- Distretto 3 e 4 comprensivo della Sezione Dipartimentale del Carcere cittadino.

E' possibile dai dati a nostra disposizione definire il Ser.T. di Grottaglie (Distretto 6) il secondo per numero di pazienti in carico seguito da Manduria (Distretto 7), come a dire che il versante orientale del territorio jonico afferente alla ASL TA presente una popolazione tossicodipendente più numerosa rispetto al suo corrispettivo occidentale (Castellaneta- Massafra).

**Tab.5 - Andamento pazienti in carico DDP ASL TA dal 2004 al 2010**




Il numero di alcolisti presi in carico dalle Sezioni del DDP in questione è pressocchè in costante crescendo dal 01 gennaio 2004, sebbene tale dato non può non tener conto di tutto un sommerso di abusatori, socialmente e culturalmente accettati, non ancora nelle condizioni di dover chiedere un aiuto ed una presa in carico da parte del preposto Servizio Saniatrio.

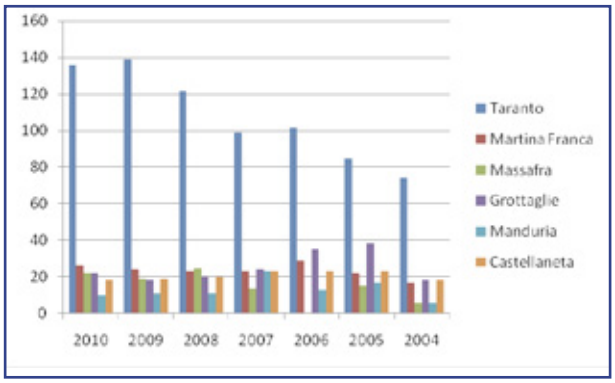
I dati del Ministero, poi, rivelano l'abbassarsi del primo contatto con le bevande alcoliche, attestandolo intorno ai 12 anni di età.

L'universo cocaina, altresì, si presenta agli occhi del ricercatore immediatamente differente rispetto alla realtà dei consumatori di eroina, mettendo in risalto come i fenomeni osservati, in questo ambito, siano in costante evoluzione.

Dalla letteratura sociologica e antropologica relativa si evince, da subito, come la società del radicarsi della cocaina appare attenta alle apparenze, fondamentalmente narcisistica e deprivata di strumenti atti alla costruzione di relazioni basate sul confronto emotivo.

Il legame sembra perdere capacità di radicamento a vantaggio di relazioni kleenex, sempre rinnovabili. Abbiamo chiesto agli intervistati delle considerazioni proprio sul mondo e sulla società che li circonda, segnalando eventuali differenze tra consumatori di eroina e cocaina e come per i consumatori di eroina anche gli intervistati che utilizzano cocaina tengono a prendere le distanze, differenziandosi da questi ultimi, rivendicando un ruolo meno marginale all'interno del tessuto sociale e certamente percependosi meno quali tossicodipendenti.

**Tab. 7 - Andamento pazienti alcolisti in carico DDP ASL TA dal 2004 al 2010**

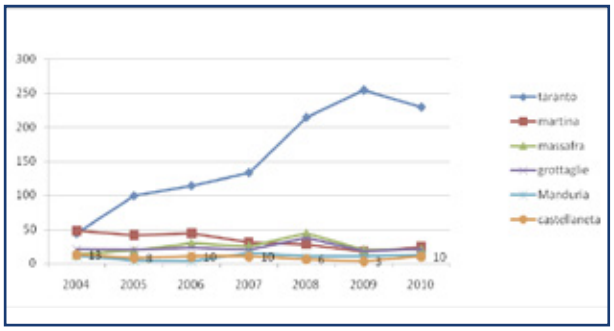



Sembra, dunque, che questa società sia fondata sulla prestazione, su ciò che appare, sul consumo spinto che inevitabilmente si fonda sull'insoddisfazione permanente, ossia su di una sorta di permanente infelicità che è motore e propellente per la costante ricerca. La stessa rimane tale e si autoalimenta solo nel non trovare mai ciò a cui anela, sempre un po' più in là, sempre un po' diverso da quello che già si possiede.

## Risultati

Pur partendo dall'andamento generale della popolazione tossicodipendente ed alcoldipendente del DDP ASL TA, lo studio in questione ha focalizzato l'attenzione sull'anno 2009, disponendo dei dati demografici ISTAT di Taranto e provincia al primo gennaio 2010. Precipuo precisare che questi dati, considerate le schede del Ministero da compilare al 15 giugno, 15 dicembre, 31 dicembre ( allegato 1 e 2), non tengono conto delle dipendenze senza sostanze *(internet, sex addiction, gambling,ecc.)*.

**Tab.8 - Andamento consumo di cocaina DDP ASL TA anni 2004-2010**




E' immediatamente evidenziabile la netta predominanza di pazienti di sesso maschile, in pieno corrispondenza con il dato nazionale. In proporzione la

Tab. 6 - Andamento pazienti alcolisti DDP ASL TA dal 2004 al 2010

| Alcolisti | Distretto | 2010 | 2009 | 2008 | 2007 | 2006 | 2005 | 2004 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Taranto | 3-4 | 136 | 139 | 122 | 99 | 102 | 85 | 74 |
| Martina Franca | 5 | 26 | 24 | 23 | 23 | 29 | 22 | 17 |
| Massafra | 2 | 22 | 19 | 25 | 14 | **n.p.** | 15 | 6 |
| Grottaglie | 6 | 22 | 18 | 20 | 24 | 35 | 38 | 18 |
| Manduria | 7 | 10 | 11 | 11 | 23 | 13 | 17 | 6 |
| Castellaneta | 1 | 18 | 19 | 20 | 23 | 23 | 23 | 18 |
| **Totale** | | **234** | **230** | **221** | **206** | **202** | **200** | **138** |

presenza di donne è più significativa per la città di Taranto (tale dato comprende, come detto, anche quello relativo alla locale Casa Circondariale, sebbene nel 2009 la sezione femminile era chiusa per lavori di restauro).

La fascia d'età più rappresentata è quella compresa tra i 25 e i 29 anni, mentre la totale assenza di minori di età non superiore a 15 anni, dovrebbe ulteriormente fare riflette in chiave di prevenzione. Trovare spazi differenti rispetto ai luoghi della cura dei Ser.T. per poter incontrare le fasce a rischio e, particolarmente i più giovani, appare una necessità non trascurabile.

Nella fattispecie, infatti, il Servizio dovrebbe muovere verso il territorio e i consueti luoghi di aggregazione anche al fine di non incontrare questi giovani dopo il consueto, ma non certo né certamente prevedibile, passaggio attraverso uso e abuso precedente alla dipendenza vera e propria.

Si assiste, inoltre, all'invecchiamento della popolazione dei Ser.T., fenomeno questo parzialmente fisiologico, per alcuni versi legato al rivolgersi al Servizio solo in presenza di una vera e propria cronicizzazione della dipendenza stessa. Il picco relativo alla classe 25-29 anni dovrebbe, poi, far riflettere sulla capacità di questi servizi di esercitare appel su di un bacino d'utenza in continuo divenire a cui non sempre corrisponde il necessario adeguamento, in termini di capacità di comprensione di patterns comportamentali, da parte degli operatori.

La distribuzione dei pazienti per fasce d'età e Distretto sembra evidenziare una presenza più significativa di giovani (15-19 anni) presso il Ser.T. di Taranto e di ultra quarantenni (escluso Taranto) presso quello di Grottaglie (Distretto Socio Sanitario 6).

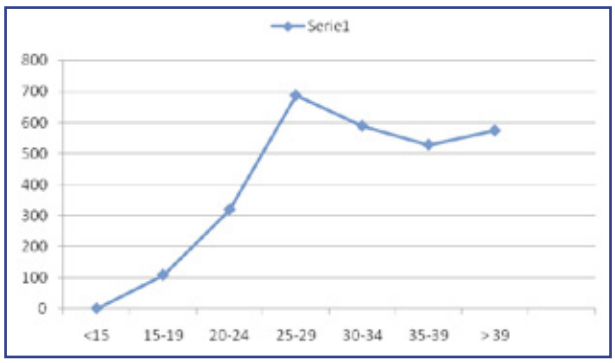
Tab. 10 - Popolazione Taranto e Provincia anno 2009 per fasce d'età

| Età | Percentuale | |
|---|---|---|
| 0-14 | 14,7% | |
| 15-64 | 67,3% | |
| >65 | 18,0% | |
| **Totale** | **100%** | **580.525** |

Tab. 11 - Pazienti DDP ASL TA per fasce d'età-anno 2009

Tab. 9 -Numero pazienti DDP ASL TA per sesso e aggregati per Distretto -anno 2009

| | Numero pazienti | Maschi | % | Femmine | % | Popolazione residente al 31/12/2009 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Distretto 1 | 125 | 122 | 97,6% | 3 | 2,4% | 63.011 |
| Distretto 2 | 198 | 190 | 95,9% | 8 | 4,1% | 64.550 |
| Distretto 3-4 | 1854 | 1705 | 91,9% | 149 | 8,1% | 207.624 |
| Distretto 5 | 156 | 146 | 93,5% | 10 | 6,5% | 63.377 |
| Distretto 6 | 258 | 245 | 94,9% | 13 | 5,1% | 100.738 |
| Distretto 7 | 219 | 213 | 97,2% | 6 | 2,8% | 81.225 |
| **Totale** | **2810** | **2621** | **93,2%** | **189** | **6,8%** | **580.525** |




**Gli indicatori di output permettono di monitorare** le prestazioni erogate e l'elaborazione di una molteplicità di misurazioni sull'efficacia produttiva della struttura e dell'operatore erogante (Tab.17).

Principali indicatori di output in un Sert possono essere così sintetizzati:

Situazione ben più complessa è invece quella rappresentata dagli indicatori di outcome della patologia da dipendenza, in quanto la multifattorialità eziopatogenetica e le stesse caratteristiche della malattia, per definizione cronica e recidivante, non permettono con semplicità di identificare degli indicatori adeguati. Inoltre la variabilità della condizione clinica e psico-sociale dei pazienti necessita di programmi differenziati e personalizzati con obiettivi diversi per i vari pazienti ed in continuo divenire per lo stesso paziente ciò rende difficoltoso seguire percorsi e riferimenti omogenei e standardizzati.

**Vi sono modelli che hanno cercato di selezionare** indicatori di outcome identificando una unità di misura dell'efficacia come ad esempio il numero dei giorni con test tossicologici negativi alla sostanza di abuso ricercata.
Non tutti condividono tale scelta in quanto risulta molto restrittiva rispetto alla complessità di un programma articolato sanitario e psico-sociale integrato.

Tra l'altro il Ser.T elabora progetti terapeutici personalizzati per ciascun utente, nell'ambito dei quali gli obiettivi sono diversi e subiscono continue modifiche in relazione all'andamento del programma che è sempre integrato, pertanto la standardizzazione degli indicatori di outcome è in effetti uno dei problemi al quale da anni si cerca di dare una risposta ma che a tutto oggi appare lontano da una pratica e realizzabile soluzione.

Tab.13 - Principali indicatori di output in un Ser.T.

| | |
|---|---|
| N° di visite effettuate<br>N° di analisi effettuate<br>N° diagnosi effettuate | Attività del personale area medica |
| N° colloqui psicologici svolti<br>N° questionari compilati | Attività del personale area psicologica |
| N° colloqui svolti<br>N° di attività ricreative attivate | Attività del personale area sociale |
| N° rilevazioni contabili effettuate<br>N° moduli compilati | Attività del personale amministrativo |
| N° interventi esterni | Attività per la collaborazione esterne |

Tab.12- Pazienti DDP ASL TA- anno 2009 per fasce di età e Distretto Socio Sanitario

| | Distretto 1 | Distretto 2 | Distretto 3-4 | Distretto 5 | Distretto 6 | Distretto 7 | **Tot.** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15-19 | 1 | 7 | 96 | 0 | 3 | 1 | 108 |
| 20-24 | 12 | 45 | 178 | 26 | 36 | 22 | 319 |
| 25-29 | 32 | 39 | 461 | 36 | 79 | 42 | 689 |
| 30-34 | 23 | 40 | 378 | 33 | 63 | 53 | 590 |
| 35-39 | 30 | 33 | 374 | 32 | 25 | 35 | 529 |
| >39 | 27 | 34 | 367 | 29 | 52 | 66 | 575 |
| **Totale** | **125** | **198** | **1854** | **156** | **258** | **219** | **2810** |

## Conclusioni

Da quanto emerso dall'analisi delle prese in carico registrate dagli operatori del Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA nell'arco di tempo preso in considerazione (01 gennaio 2004-31 dicembre 2010) è possibile precisare che:
-pur registrando un decremento del numero dei pazienti lo stesso non è neppure paragonabile con quanto evidenziato nella Relazione al Parlamento 2010 del Sottosegretario Giovanardi per il quale si è assi-

stito , a livello nazionale, ad una contrazione del 25%;
-si mantiene crescente il trend relativo al consumo di cocaina con un ritorno dell'eroina;

-il Ser.T. di Taranto può, per gli anni presi in considerazione, continuare ad attestarsi tra i Servizi per le Tossicodipendenze più corposi d'Italia. Il dato del carcere, con il suo 50% di tossicodipendenti detenuti rispetto alla media nazionale non superiore al 35%, conferma l'anomalia e la centralità della problematica in terra jonica;

-cresce il numero degli alcolisti in carico al DDP.

La popolazione totale alcol-dipendente in carico ai Ser.T della ASL TA è prevalentemente di sesso maschile, appartenente a fasce di età comprese fra i 30 e 49 anni, mentre i nuovi utenti appartengono prevalentemente alla fascia di età compresa fra i 20-29 anni.

La valutazione dell'outcome in un sistema delle dipendenze orientato all'utente, dovrebbe prevedere innanzi tutto un inquadramento diagnostico standardizzato del paziente nelle tre principali aree di valutazione: medica, psicologica e sociale, così da avere un quadro al tempo zero della situazione multidimensionale del caso preso in carico.

La tappa successiva è il follow-up di ciascun progetto terapeutico, valutando passo dopo passo il raggiungimento dei vari obiettivi concordati e condivisi dall'utente.

Se ciò appare di facile realizzazione ben più complesso è valutare il servizio nella sua complessità.

Un cenno a parte merita per esempio l'invio in comunità terapeutica in qualità di indicatore di outcome. Le comunità Terapeutiche nella nostra realtà rappresentano il privato accreditato che si occupa di dipendenze attraverso programmi residenziali.

L'invio in comunità terapeutica può rappresentare di volta in volta sia un fallimento dell'intervento ambulatoriale, che il raggiungimento di un obiettivo condiviso con l'utente.

Il problema della valutazione dell'outcome nei Sert non è di facile soluzione proprio per le caratteristiche sia della patologia trattata, della sua multifattorialità e grande variabilità di evoluzione, sia per la multiprofessionalità dell'equipe. Allo stato attuale siamo ancora lontani dall'avere standard di riferimento scientificamente validati e condivisi indispensabile riferimento per una valutazione.

Comunque la strada intrapresa è necessaria per poter offrire un sistema di erogazione dei servizi alla persona in continuo miglioramento.

Non vi è dubbio che il percorso da compiere è ancora molto lungo soprattutto se si pensa che spesso porsi nella prospettiva di valutare il proprio risultato in termini di efficacia può riservare anche delle conclusioni non del tutto attese e che per dipendenza patologica non si intende esclusivamente l'utilizzo di sostanze psicotrope (legali ed illegali) ma anche di comportamenti a rischio e dipendenze senza sostanze (internet, gambling, ecc.).

La nostra onestà intellettuale ed il rispetto per i nostri pazienti impongono di proseguire su questa strada sapendo che quando si parla di tossicodipendenza si sta facendo riferimento, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, di una malattia cronica e recidivante.

**Seguono allegati 1 e 2- schede ministeriali per la raccolta dei dati - annuali Ann. 01 e Ann.02 con relative schede per la corretta compilazione**

## MODELLO ANN. 01

### MODALITA' DI COMPILAZIONE

Scopo di questo modello è rilevare, dal 1 gennaio al 31 dicembre di ogni anno, l'età e il sesso dei soggetti in carico presso il Servizio, distinguendo i nuovi utenti da quelli già in carico o rientrati.
L'età va valutata in anni compiuti alla data di riferimento del 31 dicembre di ogni anno.
Un utente è **"preso in carico"** quando il Servizio opera un trattamento nei suoi confronti relativamente allo stato di tossicodipendenza.
Per "trattamento" si intende qualunque procedura terapeutica e riabilitativa, farmacologica o di altro tipo che il Servizio fornisce ad un tossicodipendente, anche esternamente (per es. a casa, in carcere, in comunità, in ospedale).
Non devono essere rilevati i soggetti tossicodipendenti che, pur avendo avuto un contatto con il Servizio, non possono essere considerati come presi in carico in quanto non sono sottoposti a trattamento.
Va ritenuto in carico anche l'utente in comunità purché qualcuno degli operatori del Servizio continui a seguirlo, sia mantenendo semplicemente il contatto con la famiglia, sia anche ricercando attivamente notizie dalla struttura che in quel momento ospita l'utente.
Non devono essere considerati i soggetti con dipendenza primaria da alcool.

Quadro A

**ANNO DI RIFERIMENTO: indicare l'anno a** cui fanno riferimento i dati

Quadro B

**REGIONE:** indicare il codice di cui al D.M. 17/9/1986
**AZIENDA USL:** indicare il codice di cui al D.M. 17/9/1986 e successive modifiche
**SERVIZIO:** indicare il codice meccanografico assegnato
Per i codici fare riferimento all'Indirizzario del Ministero della Sanità

Quadro C
**SOGGETTI PRESI IN CARICO DAL SERVIZIO:** indicare il numero di soggetti che sono in carico presso il Servizio, sia residenti che non residenti nel territorio di competenza. Al fine di evitare duplicazioni di conteggio nel caso di utenti non residenti conteggiare solo coloro che, durante l'anno, non sono stati già presi in carico dal Servizio di residenza.
**NUOVI UTENTI:** indicare il numero di soggetti che per la prima volta si rivolgono al Servizio e quindi vengono presi in carico dal Servizio stesso.
**GIA' IN CARICO O RIENTRATI:** indicare il numero di soggetti già in carico dall'anno precedente a quello di riferimento o rientrati dopo aver sospeso il trattamento negli anni precedenti
Quadro D
**SOGGETTI "APPOGGIATI":** indicare il numero di soggetti che sono temporaneamente trattati presso il Servizio, pur risultando in carico altrove
MODELLO ANN. 02

## MODALITÀ DI COMPILAZIONE

Scopo di questo modello è rilevare, dal 1 gennaio al 31 dicembre di ogni anno, il numero dei soggetti in carico presso il Servizio, distinguendoli in base alla sostanza stupefacente d'abuso e in base all'uso primario o secondario che il soggetto ne ha fatto.
Un utente è "preso in carico" quando il Servizio opera un trattamento nei suoi confronti relativamente allo stato di tossicodipendenza.
Per "trattamento" si intende qualunque procedura terapeutica e riabilitativa, farmacologica o di altro tipo che il Servizio fornisce ad un tossicodipendente, anche esternamente (per es. a casa, in carcere, in comunità, in ospedale).
Non devono essere rilevati i soggetti tossicodipendenti che, pur avendo avuto un contatto con il Servizio, non possono essere considerati come presi in carico in quanto non sono sottoposti a trattamento.
Va ritenuto in carico anche l'utente in comunità purché qualcuno degli operatori del Servizio continui a seguirlo, sia mantenendo semplicemente il contatto con la famiglia, sia anche ricercando attivamente notizie dalla struttura che in quel momento ospita l'utente.
Non devono essere considerati i soggetti con dipendenza primaria da alcool.
Quadro A
**ANNO DI RIFERIMENTO:** indicare l'anno a cui fanno riferimento i dati
Quadro B
**REGIONE:** indicare il codice di cui al D.M. 17/9/1986
**AZIENDA USL:** indicare il codice di cui al D.M. 17/9/1986 e successive modifiche
**SERVIZIO:** indicare il codice meccanografico assegnato
Per i codici fare riferimento all'Indirizzario del Ministero della Sanità
Quadro C
**SOGGETTI PRESI IN CARICO DAL SERVIZIO:** indicare il numero di soggetti che sono in carico presso il Servizio, sia residenti che non residenti nel territorio di competenza. Al fine di evitare duplicazioni di conteggio nel caso di utenti non residenti conteggiare solo coloro che, durante l'anno, non sono stati già presi in carico dal Servizio di residenza.
**USO PRIMARIO:** indicare, per ogni sostanza, il numero di soggetti per i quali l'abuso di tale sostanza ha determinato l'intervento del Servizio
**USO SECONDARIO:** indicare il numero di soggetti che usano tale sostanza come alternativa abituale alla sostanza per la quale sono stati classificati come "USO PRIMARIO"
**USO PER VIA ENDOVENOSA** (solo primario): indicare il numero di soggetti che assumono la sostanza stupefacente di uso primario, anche saltuariamente, per via endovenosa.

**Bibliografia**

Per la Regione Veneto
Assessorato alle Politiche Sociali al Volontariato e Non Profit
Progetto del Ministero della Salute e del Coordinamento delle Regioni
Serpelloni, G., Simeoni, E., Rampazzo, L. ,Quality Management Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze, 2002, Verona, Edizioni La Grafica.
Serpelloni, G., Simeoni, E., Rampazzo, L., Proget Management. La Gestione per Progetti. Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e i Dipartimenti delle Dipendenze, 2002,Verona Edizioni La Grafica.
Serpelloni, G., Margotta, M., Maroccola, M., Rampazzo, L., Progetto Ancosben. Costi e Benefici. Principi e Modelli di Analisi Per i Dipartimenti delle Dipendenze e le Aziende Sanitarie , 2002, Verona, Edizioni La Grafica.

Autore referente: dr.ssa Anna Paola Lacatena. Per eventuali contatti: tel.099/786202 (Ufficio); e.mail: annapaola.lacatena@tin.it

*Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario*
*Dipartimento della Prevenzione*
*Ufficio Dipendenze da Farmaci e Sostanze d'abuso e AIDS*

**ANN. 01**

**RILEVAZIONE ATTIVITA' NEL SETTORE TOSSICODIPENDENZE**
UTENTI DISTRIBUITI PER FASCE DI ETA'

**A ANNO DI RIFERIMENTO**

**B**

REGIONE AZIENDA U.S.L. SERVIZIO

**C SOGGETTI PRESI IN CARICO DAL SERVIZIO**

| ETA' | NUOVI UTENTI | | GIA' IN CARICO O RIENTRATI | | TOTALE |
|---|---|---|---|---|---|
| | MASCHI | FEMMINE | MASCHI | FEMMINE | |
| <15 | | | | | |
| 15-19 | | | | | |
| 20-24 | | | | | |
| 25-29 | | | | | |
| 30-34 | | | | | |
| 35-39 | | | | | |
| >39 | | | | | |
| **TOT.** | | | | | |

**D SOGGETTI APPOGGIATI**

MASCHI FEMMINE TOTALE

Data: / /

Il Responsabile del SERT

.....

*Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario*
*Dipartimento della Prevenzione e dei Farmaci*
*Ufficio Dipendenze da Farmaci e Sostanze d'abuso e AIDS*

ANN.02

**RILEVAZIONE ATTIVITA' NEL SETTORE TOSSICODIPENDENZE**
UTENTI DISTRIBUITI PER SOSTANZA STUPEFACENTE D'ABUSO

**A ANNO DI RIFERIMENTO** ____

**B**

REGIONE ____ AZIENDA U.S.L. ____ SERVIZIO ____

**C SOGGETTI PRESI IN CARICO DAL SERVIZIO**

| SOSTANZA | USO PRIMARIO | USO SECONDARIO | USO PER VIA ENDOVENOSA (solo primario) |
|---|---|---|---|
| 1. ALLUCINOGENI | | | |
| 2. AMFETAMINE | | | |
| 3. ECSTASY e analoghi | | | |
| 4. BARBITURICI | | | |
| 5. BENZODIAZEPINE | | | |
| 6. CANNABINOIDI | | | |
| 7. COCAINA | | | |
| 8. CRACK | | | |
| 9. EROINA | | | |
| 10. METADONE | | | |
| 11. MORFINA | | | |
| 12. ALTRI OPPIACEI | | | |
| 13. INALANTI | | | |
| 14. ALCOOL | | | |
| 15. ALTRO | | | |
| **TOTALE** | | | |

Data: ____ / ____ / ____ Il Responsabile del SERT

.....

# La misurazione delle performance in sanità e l'implementazione di un sistema di balanced scorecard

Oreste PITOCCHI - Ingegnere - Amministratore Unico OPT s.r.l.

## IL CONTESTO

L'attuale contesto normativo ed economico pone le organizzazioni sanitarie di fronte alla necessità di sviluppare capacità di governo dei processi di cura e di assistenza, allo scopo di raggiungere congiuntamente obiettivi di sicurezza, appropriatezza ed efficienza.

L'approccio verso cui si deve tendere è quello riconducibile ai criteri e dettami della Clinical Governance, quale filosofia di riferimento per la progettazione e implementazione dei nuovi modelli organizzativi.

I punti nodali attraverso cui si esplicita l'attuale e prospettico contesto sanitario possono essere riassunti nei seguenti item:

1. le risorse disponibili diminuiscono a fronte di bisogni che aumentano, evidenziando quindi la necessità assoluta di intervento per abbattere gli sprechi e riequilibrare i livelli essenziali di assistenza;
2. va garantita la continuità ospedale – territorio nel trattamento del paziente nella sua fase acuta e post acuta/cronica, investendo risorse anche per garantire una sempre maggiore compliance del paziente (le attività rivolte a rendere il paziente parte attiva nella gestione della propria patologia vanno sicuramente intese come attività ad alto valore aggiunto);
3. i concetti di efficienza e di efficacia non vanno cercati solo all'interno della struttura sanitaria nella sua globalità (strutture, tecnologie, processi) ma anche e soprattutto analizzando i percorsi diagnostico terapeutici riabilitativi assistenziali del paziente, secondo le parole chiave appropriatezza, sicurezza, economicità;
4. occorre integrare al concetto di controllo dei costi quello di controllo delle performance, quale contributo che il gruppo e/o il singolo apporta al sistema.

Il cambiamento in atto comporta la necessità di garantire trasparenza nell'utilizzo delle risorse non solo in termini di quantità (rispetto del budget assegnato) ma anche di modalità (misurazione dei risultati ottenuti); si deve quindi operare in un'ottica complessiva di monitoraggio del rendimento dell'organizzazione, espresso come rapporto tra risultati ottenuti e risorse impiegate.

I sistemi tradizionali di controllo di gestione permettono una valutazione delle risorse sulla base della relazione costo - attività - prodotto, attraverso le relative registrazioni contabili.

I moderni sistemi di management richiedono ulteriori flussi d'informazione riguardanti elementi non evidenti e che al tempo stesso determinano la dinamica di formazione dei costi (modelli di controllo).

Anche se entrambi concepiscono i costi come il consumo di risorse, la differenza sostanziale è che i primi analizzano "quanto" e i secondi anche "come", mettendo in luce i costi tipicamente riconducibili a non corrette dinamiche comportamentali.

Emerge quindi la necessità di misurare la performance per migliorare il rendimento, correlando la programmazione strategica della Regione con il Sistema di Governance delle Strutture Sanitarie, superando l'autoreferenzialità, individuando e valorizzando le best practice, garantendo la trasparenza ai cittadini sui risultati conseguiti in rapporto ai sanciti livelli essenziali di assistenza.

## LA VISION

Passare dalla teoria ai fatti, dal ragionare a comparti stagni al procedere secondo il percorso paziente, dalla autoreferenzialità alla misurabilità e trasparenza dei risultati: questi gli aspetti peculiari su cui è doveroso impegnarsi, affinché al concetto di quantità venga associato il concetto di qualità e di sicurezza.

1. prendere delle decisioni su dati di fatto attraverso uno strutturato Sistema di Supporto alle Decisioni (DSS);
2. garantire un controllo proattivo e dinamico, attraverso strumenti in grado di intercettare ex ante i trend, a supporto dei sistemi ex post di intervento su quanto già accaduto;
3. garantire trasparenza tra i vari portatori di interesse mediante sistema di reporting atto ad agevolare il controllo, la coesione e la crescita

in sintesi, è necessario definire ed affinare le regole, impostare ed aggiornare la strategia (obiettivi, azioni e risorse) e verificare il raggiungimento dei risultati.

## IL PIANO DI INTERVENTO

Le azioni devono risultare coerenti con i bisogni ed essere sostenibili in termini di risorse, di competenze e di contesto, per garantire un piano di intervento semplice, fruibile e misurabile.

La Struttura Sanitaria che intende promuovere un percorso di cambiamento e miglioramento incentrato su un piano di intervento condiviso e misurabile riguardo l'efficacia delle azioni promosse, deve procedere secondo i passi seguenti:

- consensus conference con i vari portatori di interesse per inquadrare il piano di intervento all'interno della strategia;
- delimitazione del campo di azione e individuazione delle figure coinvolte;
- assessment iniziale e mappatura delle criticità (rischi ed opportunità);
- individuazione, selezione e classificazione degli indicatori di performance in funzione della tipologia di criticità;
- identificazione delle variabili e delle modalità di gestione del Data Entry;
- correlazione tra priorità di intervento - obiettivi - indicatori;
- monitoraggio degli indicatori e gestione del Data Output;
- assessment periodici per la verifica dell'efficacia delle azioni intraprese.

Durante lo sviluppo del piano è importante il coinvolgimento di tutte le parti direttamente ed indirettamente coinvolte, attraverso un processo di comunicazione efficace e di rendicontazione in logica integrata dei risultati di tipo organizzativo, clinico, sociale, economico.

## IL MIGLIORAMENTO CONTINUO

### Misurare il Rendimento

"Misurare per migliorare" - apparentemente un semplice slogan - ma nella sostanza espressione vera di una nuova cultura manageriale ed etica che, in un ambito così complesso quale quello della sanità, può fare la differenza. È necessario allora che la struttura sanitaria abbia la possibilità di valutare la propria efficienza, efficacia e rendimento:

| | | |
|---|---|---|
| Efficienza | = | Attività/Risorse |
| Efficacia | = | Risultati/Attività |
| Rendimento | = | Risultati/Risorse |

e che vengano valorizzati i punti seguenti:

- definizione e quantificazione degli obiettivi aziendali, coerentemente con le risorse disponibili;
- analisi degli scostamenti tra risultati raggiunti e obiettivi prefissati;
- promozione del budget come strumento gestionale e come fattore organizzativo.

### Attivare il BSC System

Il Balanced ScoreCard System offre una metodologia congruente con le nuove esigenze di controllo, capace di correlare tra loro in logica integrata le Risorse, i Volumi di Attività, i livelli di Appropriatezza e gli Esiti clinici.

Il sistema deve essere adeguatamente progettato al fine di non generare sovrastrutture bensì tale da costituire un valido e sostenibile supporto alle strategie ed alle tattiche, attraverso:

- la declinazione della strategia in obiettivi tangibili e misurabili;
- la diffusione e la comunicazione degli obiettivi chiave ai diversi livelli dell'organizzazione;
- l'integrazione tra i processi di allocazione delle risorse e la pianificazione, il budgeting decisionale e la valutazione delle prestazioni;
- l'attivazione di processi di feedback e di apprendimento (lean organization).

### Promuovere uno specifico Sistema di Reporting

Il sistema di reporting deve essere strutturato secondo le quattro dimensioni riferibili ai livelli di assistenza (ospedaliera, distrettuale, farmaceutica, prevenzione), con opportuni indicatori in grado di fornire nel tempo un raffronto tra quanto promesso al cittadino-paziente ed i risultati di periodo ottenuti.

L'attività di reporting deve mettere in luce, attraverso il monitoraggio di indicatori di processo e di efficienza, l'entità dei costi non funzionali-sprechi, collegabili ad una non adeguata organizzazione e standardizzazione dei processi e dei percorsi paziente. Gli output del sistema di reporting devono diventare input per la definizione ed aggiornamento della strategia. Da qui il collegamento stretto tra il monitoraggio integrato – il budgeting decisionale – la strategia dell'organizzazione sanitaria – la comunicazione vs. i portatori di interesse.



# Dalle professioni sanitarie al governo dei sistemi complessi

**Antonella D'ADAMO** - Ricercatore universitario (Università Tor Vergata Roma)
**Adele D'ANNA** - Dirigente infermieristico (ASL Salerno)
**Vincenzo DE FILIPPIS** - Dirigente medico (IRCCS Castellana - BA)
**Raffaele GIORDANO** - Dirigente amministrativo (Azienda Ospedaliera San Carlo - PZ)
**Vito MASCOLO** - Dirigente medico (Azienda Ospedaliera Locale di Potenza ASP – Ambito di Melfi PZ)
**Giuseppe MONTAGANO** - Dirigente medico (Dip.Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale Regione Basilicata)
**Fedele Filippo MORMANDO** - Dirigente medico (ULSS n.3 Bassano del Grappa -VI)
**Gino Antonio SCALDAFERRI** - Dirigente biologo (Azienda Ospedaliera Locale di Potenza ASP – Ambito di Lagonegro)

L'incalzante progresso scientifico e la diffusione di tecnologie sempre più sofisticate stanno determinando profonde trasformazioni nelle organizzazioni sanitarie che si trovano costrette ad abbandonare con rapidità orientamenti operativi ritenuti, in un recentissimo passato, soddisfacenti e vincenti. L'attuale contesto sanitario, inserito in una società post moderna che ha messo in discussione il paradigma dell'epoca moderna secondo cui la realtà è qualcosa di esterno all'individuo e quindi tutto ciò che osserviamo è vero per il semplice fatto che lo stiamo osservando, esige quindi l'innesco di un radicale mutamento teso sia a migliorare le caratteristiche qualitative dei servizi che ad intensificare e diffondere capacità di innovazione compatibili con gli obiettivi di sostenibilità della spesa e di difesa del welfare.

> ***L'attuale contesto sanitario esige un radicale mutamento***

Questo lavoro si basa sulla idea che una gestione critica dei processi identitari, relazionali e comunicativi incida profondamente sulla qualità produttiva dei servizi socio-sanitari; a questo si aggiunge la considerazione che percorsi educativi e formativi, che offrano la possibilità di sperimentare e quindi di verificare i contenuti proposti, abbiano in sé maggiori possibilità di modificare i comportamenti.

Come sostenuto dalla letteratura sociologica, la conoscenza è prodotta dalla relazione attiva del soggetto conoscente con il proprio ambiente, con il proprio linguaggio, con le condizioni storiche e con il sistema culturale all'interno del quale si forma. Questa fondamentale trasformazione definisce i processi formativi come fortemente condizionati dalla dimensione soggettiva e implica che essi siano progettati nel riconoscimento del ruolo attivo del soggetto nella costruzione di sé, della conoscenza, della cultura.

Su questa nuova linea interpretativa "è stato messo in evidenza il bisogno di un nuovo modo di pensare il futuro, che riconosce il reale e il possibile non come dati immutabili, ma come costruzioni mai definite e dipendenti anche dalle nostre scelte, che consideri la proliferazione di idee come il migliore alleato, l'unica strada percorribile per costruire nuove possibilità" (Morin).

## OBIETTIVI

Il cambiamento dei comportamenti è un processo complesso che deve rapportarsi a variabili diverse, quali ad esempio la cultura di appartenenza e l'organizzazione nella quale gli operatori sanitari ed amministrativi lavorano.

Partendo dalle elaborazioni teoriche formulate da A. Donabedian, nell'ambito della sanità si assumo come punti di innesco dell'indagine i tre focus prevalenti da prendere in esame rispetto alla qualità e sono principalmente connessi alle seguenti dimensioni:

- la qualità tecnica, relativamente all'assistenza: attrezzature, organizzazione del lavoro, aggiornamento del personale, assistenza infermieristica, ecc;
- il comfort: prestazioni alberghiere, igiene, qualità e quantità del cibo, ecc.;
- la dimensione interpersonale: rapporti operatori-utenti, circolazione e diffusione delle informazioni, rispetto e privacy, ecc.

Ciò che va sottolineato è che tra queste dimensioni quella che incide maggiormente nella percezione delle persone è proprio la dimensione del rapporto interpersonale. Opportunamente, è stato notato che "i pazienti apprezzano molto gli aspetti interpersonali dell'assistenza quali la capacità di ascoltare, di consigliare, di infondere sicurezza e di essere trattati con cortesia e rispetto". Così come è da rimarcare la pregnanza e l'importanza delle relazioni professionali e interprofessionali fra gli operatori stessi; nel senso che tanto più tali relazioni sono adeguate e soddisfacenti

1 Tratto dal project work finale del Master in management per le direzioni generali, amministrative e sanitarie della Regione Basilicata organizzato da IRCCS CROB di Rionero in V. (PZ) in collaborazione con CEIS Università Tor Vergata di Roma (anno 2011).

più si traducono in concreti aspetti di output nella qualità del lavoro.

Molteplici indicatori in letteratura evidenziano come la formazione dei professionisti della salute, tanto in ambito medico quanto in ambito infermieristico nonché delle funzioni amministrative, sia inadeguata a garantire un continuo aggiornamento e miglioramento non solo della pratica clinica ma anche della capacità relazionale e quindi della soddisfazione della persona con bisogno; d'altra parte è difficilmente pensabile che ogni singolo operatore sia messo in condizione di utilizzare nella pratica di tutti i giorni il ciclo virtuoso dell'Evidence Based Medicine o dell'Evidence Based Nursing per una serie di problemi non solo metodologici ma anche logistico - organizzativi.

Ad aggravare tutto ciò è che le organizzazioni responsabili della formazione e dell'aggiornamento dei professionisti in ambito socio sanitario non sembrano prendere in considerazione il fatto che i "nuovi saperi" devono passare attraverso una personalità "adulta" che apprende solo se ha coscienza del "bisogno di conoscere".

La formazione intesa come una "nuova conoscenza" deve essere vista sia come apprendimento, cioè come modificazione del comportamento, che come socializzazione, quindi integrazione sociale.

Il presente lavoro ha l'obiettivo di esaminare le caratteristiche e le implicazioni di un approccio nelle relazioni esterne ed interne che interessano gli operatori dell'ambito sanitario, partendo dalle loro specifiche professionalità ma superando le tradizionali perimetrazioni e condizionamenti, riscoprendo e riproponendo l'utilizzo del metodo di non pretendere di dare risposte ma di porre domande, come metodologia fondamentale per lo sviluppo di un'attitudine riflessiva quale infrastruttura immateriale a sostegno di un passaggio, divenuto sempre più necessario ed ineludibile, dalle professioni del mondo socio-sanitario ad un governo attento e consapevole della complessità e su questo solco attivare continuamente percorsi ed esperienze virtuose.

## COSTRUIRE PROFESSIONALITÀ CRITICHE PER IL PASSAGGIO DALLE PROFESSIONI AL GOVERNO DEI SISTEMI COMPLESSI.

La letteratura recente ed il dibattito in corso sulle coordinate dello sviluppo e della sostenibilità del sistema sanitario italiano evidenziano la necessità di superare l'accezione del contesto sanitario come ambiente autoreferenziale, compartimentalizzato e burocratizzato. A questo, si aggiunge il fatto che gli operatori della sanità sono stati abituati per lungo tempo a migliorare la loro preparazione in ambito strettamente professionale, privilegiando lo studio e l'aggiornamento degli aspetti scientifici e delle tecniche specialistiche. Di conseguenza, eseguono diagnosi sempre più accurate e interventi sempre più efficaci. Eppure si continua a parlare di insuccessi terapeutici, che spesso non dipendono da fattori medici in senso stretto (come si evince dalla conclusione del Rapporto 2008 – "Cittadini al primo posto. Per una Sanità più umana ed accessibile"- pubblicato dal Tribunale dei diritti del malato e da Cittadinanza Attiva[2]) ma che sono l'espressione della qualità della relazione umana tra quel medico, quell'infermiere e quel paziente. Si delinea un quadro che fa riflettere sul fatto che i progressi scientifici nell'ambito della medicina non sono sufficienti da soli a soddisfare la domanda di salute dei cittadini e che non basta neanche legiferare in tal senso.

Il brano tratto dal Rapporto Salute citato in precedenza, fa riflettere sul fatto che i progressi scientifici e tecnologici, nonché le abilità tecniche degli operatori sanitari ed amministrativi, non sono sufficienti ad onorare a quel principio di "benessere fisico, mentale e sociale", formulato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Già il Piano Sanitario Nazionale 1998 – 2000, indicava con il termine di "umanizzazione" un insieme di attività rivolte al miglioramento del servizio alla persona. La parola "umanizzazione" assumeva un significato molteplice che può essere tradotto con i concetti di "accoglienza", "ospitalità", "comprensione", "informazione" e va inteso come l'insieme dei comportamenti acquisiti e resi propri dal Sistema Sanitario per fornire un servizio rispettoso delle esigenze relazionali delle persone che vi accedono senza trascurare gli aspetti organizzativi, burocratici e strutturali. Per la prima volta un Piano Sanitario ha individuato con molta precisione gli obiettivi da raggiungere riguardanti gli aspetti relazionali come:

- miglioramento del rapporto operatore – utente: fortemente caratterizzato dal grado di personalizzazione, di appropriatezza e di umanizzazione delle prestazioni. Per questo nella produzione dei servizi alla persona il fattore umano è un elemento strategico che influisce direttamente sulla quantità e sulla qualità dell'assistenza oltre che sul grado di soddisfazione delle persone/utenti. Ciò presuppone un profondo cambiamento di mentalità, una nuova cultura professionale, l'affermazione di nuove logiche operative.
- la formazione, come strumento di ottimizzazione delle risorse umane e di cambiamento organizzativo: essa per sua natura è in grado di svolgere funzioni di implementazione qualitativa dei risultati dei servizi, contrastando le patologie organizzative.

Se il Servizio Sanitario deve riuscire a "ascoltare" i segnali ricevuti dai cittadini per adeguare costantemente l'organizzazione all'offerta, diventa indispensabile che gli operatori sanitari ed amministrativi acquisiscano altre competenze (competenze trasversali secondo il Modello ISFOL, Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori) che sono:

- **diagnosticare:** capacità di analisi critica di problemi o situazioni e di pianificazione di comportamenti attraverso la prefigurazione di conseguenze possibili e la valutazione dei risultati ottenuti.

- **affrontare:** capacità di mettere in atto strategie di fronteggiamento di situazioni critiche, di controllare reazioni emotive e gestire sentimenti di stress.

- **relazionarsi:** capacità di modulare la comunicazione e i comportamenti, tenendo conto della specificità dell'interlocutore; di gestire relazione simmetriche e asimmetriche e lavorare in gruppo.

C'è bisogno, quindi, che gli operatori facciano uno sforzo di riflessione sul loro sapere implicito per metterlo in discussione ed essere in questo modo pronti al cambiamento. Il sapere implicito è un tipo di sapere prodotto, condiviso e interiorizzato che a livello tacito assume il valore di teoria di sfondo per l'azione. Nella conduzione dell'esperienza e delle interazioni con gli altri si è influenzati da questa forma di sapere la quale esprime la personale visione del mondo e le aspettative nei confronti della realtà. Il sapere implicito condiziona, quindi, il "cambiamento" e, per questa ragione, deve diventare l'oggetto di fondamentale interesse di una formazione professionale rivolta alla maturazione di competenze riflessive e relazionali.

**La formazione diventa, dunque, un elemento di assoluta necessità in quanto offre la possibilità di garantire l'acquisizione di nuove competenze dettate dal *sapere*, dal *saper fare* e dal *saper essere*, ma anche e soprattutto dall'essere in grado di attuare la propria conoscenza attraverso *il saper divenire*. Nel contesto che si viene così delineando, l'apprendimento rappresenta un fattore significativo di cambiamento dove il requisito fondamentale *diventa la capacità di imparare, imparare ad apprendere ed imparare ad accettare* e *a promuovere il cambiamento*.**

## APPRENDERE PER IL CAMBIAMENTO: L'AZIONE RIFLESSIVA

Il cambiamento legato al processo dell'apprendere ad apprendere consente di utilizzare chiavi di lettura per interpretare la complessità, per decostruire e ricostruire i significati, per la trasformazione sociale.

La dimensione umana dell'apprendere ad apprendere si esprime nella riflessività, intesa come processo mentale che dura per tutto il ciclo vitale e che permette di costruire significati dall'esperienza, in una prospettiva di coscienza critica.

Mezirow, studioso di Educazione degli adulti, afferma che la funzione della riflessione, se opportunamente affrontata, permette di verificare la validità di "ciò che si è appreso e di conseguenza, di come si fa".

L'utilizzo metodico delle pratiche riflessive, contestualmente all'analisi ed alla progettazione delle soluzioni organizzative, è peraltro assunto come componente essenziale e fondamentale della scuola del New public management anche in ambito sanitario, cui è pertinente uno specifico richiamo ad uno dei suoi principali esponenti qual è Henry Mintzberg.

La riflessione è un "processo con cui si valutano criticamente il contenuto, il processo o le premesse dei nostri sforzi finalizzati a interpretare un'esperienza e a darvi significato." La riflessione sul processo consiste nel tentativo di esaminare il modo soggettivo di percepire, pensare, sentire o agire, su cui l'individuo fonda la propria valutazione in merito alla congruenza od efficacia delle sue azioni.

Schön sostiene che la sola competenza tecnico-scientifica non è più sufficiente a governare la complessità. La riflessione, attivata durante l'azione, consente di portare in superficie tutti quei dubbi che altrimenti resterebbero celati. La formazione professionale di tipo solo tecnico - razionale risulta oggi pertanto inadeguata ad affrontare le difficoltà e gli imprevisti.

L'aspetto innovativo apportato da Mezirow, rispetto al testo di Schön, è l'individuazione, attraverso l'analisi dell'apprendimento pregresso, dei cosiddetti schemi di significato, spesso taciti e inconsapevoli e interiorizzati nel tempo che sorreggono l'impalcatura della conoscenza fino a quel momento organizzata. Questi schemi- e qui sta l'aspetto interessante per la formazione, sia per chi la offre che per chi la riceve - vanno necessariamente scoperti per poter avviare una trasformazione che modifichi poi intenzionalmente "le prospettive di significato" e poter così realizzare il famoso "apprendimento trasformativo".

L'individuo utilizza gli "schemi impliciti di significato" che fino a quel momento hanno funzionato. Il problema appare quando il nuovo apprendimento richiede la formulazione di nuovi schemi Se però i vecchi schemi, che usiamo automaticamente per leggere le nuove conoscenze, non appaiono consapevolmente come lenti attraverso le quali guardiamo il mondo, non si potrà mai decidere di cambiarli per un adattamento al nuovo apprendimento. Questo perché questi schemi sono funzionali alle soggettive prospettive di significato fino a quel momento perseguite. Gli schemi di significato sono costituiti, sempre secondo Mezirow, dalle conoscenze, dalle convinzioni, dai giudizi di valore e dai sentimenti che si manifestano nell'interpretazione e consistono nelle manifestazioni concrete dell'orientamento abituale. Essi sono alla "base delle nostre aspettative, che costituiscono la molla su cui poggiano le prospettive di significato".

La prospettiva di significato è simile, per Mezirow, a ciò che alcuni chiamano paradigma o schema di riferimento personale. Thomas Kuhn, nel suo famoso

2 "……*si delinea un quadro sconfortante sul piano dell'assistenza sanitaria, con un crescente aumento delle segnalazioni sulla scarsa umanizzazione, sulle difficoltà nel rapporto medico-paziente, sulla poca attenzione alla cura della persona e al rispetto della dignità.*

*Questo fenomeno assume dimensioni rilevanti nel quadro dei sospetti errori nella pratica medica e assistenziale, che, pur confermandosi la prima causa per la quale i cittadini ci contattano, molto più spesso sono il frutto di un pessimo rapporto medico-paziente e di una cattiva comunicazione. E' un tema che viene fuori con forza soprattutto nel campo dell'assistenza ospedaliera e che dovrebbe rappresentare un campanello di allarme per tutti.*

*A questo va aggiunto il senso di abbandono di chi viene dimesso dall'ospedale senza essere nelle condizioni di potersi curare a casa e senza le informazioni elementari per potersi vedere assicurata continuità nell'assistenza anche dopo le dimissioni".*

testo, La struttura delle rivoluzioni scientifiche, descriveva nello stesso modo le trasformazioni paradigmatiche che intervengono nelle conoscenze scientifiche: "convincimenti, idee, valori e atteggiamenti che influenzano i metodi di ricerca delle informazioni. In altre parole, le prospettive di significato sono delle cornici di presupposti entro le quali noi assimiliamo e trasformiamo la nuova esperienza".

Per poter avere la forza di dare spazio e senso ad un nuovo apprendimento, che possa trasformare le vecchie prospettive, che sono poggiate saldamente sugli schemi pregressi, bisogna attivare una riflessività intenzionale, sistematica e aperta al cambiamento, non timorosa del senso di smarrimento che potrebbe cogliere chi si avventura su di un terreno nuovo.

Infine, Mezirow affermava che non tutto l'apprendimento è trasformativo. Possiamo avere, infatti, un apprendimento strumentale e un apprendimento comunicativo (categorie individuate da Habermas[3]).

L'apprendimento strumentale riguarda principalmente l'individuazione delle relazioni causa-effetto e la strategia del problem-solving orientata al compito.

L'apprendimento comunicativo invece ha una finalità diversa e consiste nell'imparare a capire cosa vogliono dire gli altri e nell'imparare a farci capire. In fondo riguarda la comprensione, la descrizione e la spiegazione delle intenzioni, dei valori, degli ideali, delle problematiche morali, dei concetti sociali, politici, filosofici, psicologici o educativi, dei sentimenti o delle ragioni.

Tutte queste variabili all'interno dell'azione formativa devono apparire esplicite e vanno esplicitate altrimenti il peso di quelle implicite avrà un enorme effetto di trascinamento che impedirà il cambiamento reale.

## LA MEDICINA NARRATIVA

La narrazione in medicina sta acquistando un ruolo di importanza crescente come metodo per indagare e per fare ipotesi, come punto di incontro tra professionisti che partono da impostazioni concettuali e tradizioni di pensiero diverse. Dunque, la narrazione non è solo un modo di parlare che riguarda i pazienti, ma può diventare uno stile di relazione che riguarda anche il rapporto tra operatori sanitari.

Per Vincenzo Masini[4]: *"Il progetto della medicina narrativa richiama l'attenzione sui pazienti che raccontano le storie e raccomanda ai medici l'ascolto empatico dei loro vissuti per far dischiudere la narrazione ad altri aspetti della loro vita che contribuiscono alla costruzione di significati (…) Aprire il paziente alla narrazione richiede, peraltro, una buona preparazione comunicativa che combina elementi affettivi con elementi cognitivi".*

La Narrative Based Medicine prevede una ricerca qualitativa, attraverso lo studio di dati riguardanti i vissuti del paziente (in termini di tristezza, sentirsi soli, provare dolore, sconforto) e sulla modulazione delle relazioni che egli vive nell'ambiente di cura. Il suo intento, quindi, è quello di arricchire il punto di vista dell'operatore sanitario.

L'NBM, riferendosi non al solo vissuto di malattia del paziente ma anche ai vissuti del medico, può tenere aperte molte questioni. La comprensione degli stili comunicativi dei medici attraverso la narrazione dei loro vissuti e le diverse tipologie di relazione possono aiutare a comprendere, ad esempio, perché quel dato paziente si trova bene con quel dato medico. D'altro canto le aspettative dei pazienti, la loro percezione della qualità e i loro tratti di personalità possono riuscire a configurare meglio il rapporto tra malattia e malessere (quel disagio che precede, accompagna ed interferisce con la malattia); il legame tra malattia e malessere pregiudica a volte la guarigione o l'accettazione consapevole della sofferenza e della morte. Alla Columbia University di New York esiste da alcuni anni un programma di medicina narrativa: i clinici si accostano a testi in cui protagonisti si allenano a scrivere storie di se stessi, di pazienti, oltre che dettagli e dati di cartelle cliniche, utilizzando un linguaggio quotidiano, piuttosto che il lessico tecnico in cui tradizionalmente vengono redatte le cartelle cliniche dei pazienti. Il fenomeno prima esploso negli Stati Uniti, si sta diffondendo anche in Italia. Un corso di medicina narrativa è tra le attività didattiche facoltative alla Università di Firenze e di Milano.

## UNA LEVA FORMIDABILE: IL LABORATORIO FORMATIVO

Sino ad ora, si è tentato di rappresentare che per affrontare la sfida della complessità, le istituzioni sanitarie devono adeguarsi ai nuovi metodi formativi che accompagneranno gli operatori della salute per tutta la loro vita professionale. Se la sfida da accogliere è il cambiamento, occorre coltivare in modo sistematico la formazione degli operatori sanitari ed amministrativi per fornire un contributo determinante ai processi di innovazione. É necessario, quindi, che nei programmi di formazione continua, sia nazionali che aziendali, sia chiaro e verificabile, prima di tutto, il metodo di rilevazione del bisogno formativo degli operatori sanitari ed amministrativi e che si dia uno spazio centrale ai nuovi metodi pedagogici idonei ad una formazione rivolta agli adulti per la nascita di un "professionista riflessivo", cioè quel professionista che rappresenta ed è responsabile non solo del sapere scientifico, ma che diventa "attore nel contesto decisionale dell'agire".

La riflessività si pone come strumento grazie al quale definire uno stile di pensiero, una modalità di analisi della realtà; essa è un particolare tipo di competenza, di natura trasversale, non riconducibile immediatamente all'assolvimento di un compito o di una prestazione prevedibile ma all'apporto di più risorse cognitive tese a consentire uno stretto rapporto tra i contenuti della conoscenza, il loro utilizzo, il loro con-

3 Jürgen Habermas (Düsseldorf, 18 giugno 1929): filosofo, storico e sociologo tedesco
4 Vincenzo Masini, *sociologo, psicologo e psicoterapeuta*

trollo.

La capacità riflessiva, dunque, deve far parte delle cosiddette competenze trasversali dei professionisti della salute e si esplicita, in primis, nella riflessione sulle dinamiche della formazione del proprio sé e nel dar voce a quei saperi impliciti e quindi taciti che, come si è detto, ostacolano il cambiamento.

L'analisi dei risultati, poi, non è un'analisi clinica dai risvolti psicoanalitici; l'analisi delle storie non intende svelare pulsioni, frustrazioni, complessi o problemi di disagio e di sofferenza psicologica in genere; nella riflessione sulle dinamiche sociali che hanno determinato modi di pensare e di essere è contenuta, invece, la possibilità di mettere in discussione a posteriori le ragioni delle scelte d'appartenenza; tale riflessione contribuisce a risagomare la propria identità, rendendone espliciti, al contempo senso e direzione. L'analisi delle interazioni sociali significative "conduce i soggetti verso il riesame della propria identità sociale dominante e, quindi, una riconsiderazione e possibile trasformazione del concetto di sé."

Alla luce di quanto detto si propone un percorso formativo, che può essere rivolto a tutti gli operatori sanitari ed amministrativi, che affronti quelle forme implicite di sapere, che condizionano profondamente gli agìti professionali.

## OBIETTIVI

- conoscere e riconoscere, attraverso i nodi evolutivi fondamentali della propria vita, il corso delle scelte e degli eventi che hanno costruito l'idea di sé;
- scoprire che la vita professionale ci appartiene quanto quella personale e viceversa (riappropriazione della propria storia personale);
- ritrovare le proprie motivazioni all'interno del proprio percorso di vita;
- acquisire capacità di ascolto degli altri;
- acquisire capacità autoriflessive, dedicarsi del tempo, avere cura di sé, prestare attenzione a se stessi;
- ritrovare e riconoscere la propria "filosofia" professionale;
- riconoscersi in una cultura di appartenenza da arricchire e valorizzare.

## METODOLOGIA

Il metodo è quello narrativo autobiografico fondato sulla **"costruzione di significato",** *sull'attribuzione di senso alle proprie esperienze; esso offre la possibilità di* **riflettere sulle cose che si stanno facendo e di apprendere da esse,** permette di accrescere le capacità auto - riflessive, di offrire ascolto alle proprie emozioni e di osservare e analizzare le proprie modalità cognitive e procedurali.

Il metodo autobiografico è in grado di:

- rievocare: chiamare, ridare voce ai ricordi, cose, fatti, sensazioni;
- ricordare: riportare al cuore, rievocare emozionandosi; ritrovare quelle particolari rievocazioni più significative di altre;
- rimembrare: ricomporre, rimettere insieme ciò che è disperso per dare loro una forma, un disegno, una trama.

## STRUMENTI:

**questionario semi-strutturato** (stimolo chiuso e risposta aperta). La scelta di questo strumento è legato dalla convinzione degli autori che sottoponendo le medesime domande a tutti i soggetti si ha la possibilità di indirizzare la costruzione delle storie e dunque la riflessione intorno a temi predefiniti. Il carattere aperto delle risposte dà ragione, invece, alla ricchezza dei singoli vissuti.

**Domande del questionario:**

1. Racconta i motivi che ti hanno spinto a diventare infermiere/medico.
2. Descrivi chi pensi sia l'infermiere/medico.
3. Ricorda un momento professionale in cui hai provato soddisfazione perché sei riusciti a far "apprendere" qualcosa a qualcuno.
4. Fai una lista dei modi in cui hai cura di te stesso dal punto di vista fisico, psichico ed intellettivo.

Nella prima e nella seconda domanda si richiede una riflessione sulle scelte individuali e sui significati che si sono dati a tali scelte .

La terza domanda intende indagare la consapevolezza dell'operatore di esserci nella relazione con il paziente e con i propri colleghi di lavoro.

La quarta domanda riguarda, invece, la cura di sé come presupposto del prendersi cura di un altro fuori da sé.

Le Griglie interpretative permettono quindi un confronto le "ricostruzioni" personali e le "riflessioni sulle riflessioni personali" con un orizzonte teorico condiviso.

**Il percorso di formazione è strutturato in 5 fasi:**

**Prima Fase:** il formatore/facilitatore esperto presenterà il percorso laboratoriale introducendo i temi in oggetto: saperi, identità professionale, riflessività. La capacità del formatore, in questa fase, è quella di far sentire i discenti come principali attori del percorso formativo, per il quale il formatore ha un ruolo prioritariamente di facilitatore e mediatore. All'avvio dell'esperienza è importante che i discenti vengano posti di fronte a se stessi e alle opportunità che l'esperienza stessa gli può offrire.

**Seconda Fase:** il formatore/facilitatore, dopo aver

**Per ciascuna domanda si farà riferimento a griglie interpretative formate da 3 colonne come di seguito:**

| I "vissuti" dei discenti (temi ricorrenti) a cura del formatore | Riflessioni sulle riflessioni (in aula) | Modello condiviso dell'agire professionale (in aula) |
|---|---|---|

preventivamente descritto il metodo narrativo - autobiografico, distribuirà il questionario che verrà compilato individualmente da ciascun discente.

**Terza Fase:** il formatore/facilitatore decodificherà ciascun questionario e utilizzerà le griglie interpretative per elencare: gli eventi fondamentali, le svolte e le tappe della vita dei discenti, le attribuzioni di significato riguardanti ciò che si sta ricordando, le riflessioni dei discenti su un'esperienza significativa, i miti personali, le tematiche ricorrenti; le immagini e le metafore; le figure che il discente utilizza per esemplificare il suo pensiero e dare forza al suo racconto.

**Quarta Fase:** il formatore/facilitatore presenterà, in un contesto "gruppale" le griglie interpretative e accompagnerà il gruppo di lavoro ad una discussione, confronto, critica e condivisione circa le credenze, le opinioni e le tesi scaturite dalle narrazioni (che costituiscono le teorie implicite) da cui scaturiranno le "riflessioni sulle riflessioni". Questa è la fase di socializzazione dei prodotti individuali.

**Quinta Fase:** in questa fase verranno messe a confronto le riflessioni sui vissuti con lo sfondo teorico, consapevolmente e criticamente prescelto come modello dell'agire professionale.

## RISULTATI E IMPLICAZIONI OPERATIVE

L'offerta di servizi di qualità in ambito sanitario equivale a dotare chi opera in tale settore della capacità di dare valore al malato nel pieno riconoscimento delle condizioni complesse e molteplici che lo definiscono come persona: l'operatore sanitario dovrebbe maturare, cioè, una attitudine ed una competenza che lo guidi verso un sostanziale ripensamento delle logiche poste tradizionalmente ed implicitamente allo sfondo delle proprio agìto professionale: dalla cura della malattia alla cura del malato.

Affinché nelle organizzazioni sanitarie si affermi, quindi, un'idea di cura in linea con queste premesse è fondamentale una ridefinizione delle politiche sanitarie in direzione di una riconcettualizzazione del ruolo degli operatori sanitari ed amministrativi, difatti sempre più costretti a modelli d'azione routinari, acriticamente ed implicitamente accolti.

Per routine Levitt e March intendono le forme, i ruoli, le procedure, le convenzioni, le strategie, le regole formali e le tecnologie attraverso le quali le organizzazioni operano. Queste possono facilitare l'apprendimento in quanto riducono la complessità e l'incertezza delle decisioni individuali. Contemporaneamente, però, "le regole presentano anche un aspetto disfunzionale sull'apprendimento trasformativo, in quanto hanno effetti coercitivi; nel loro essere ancorate a premi e sanzioni forzano gli individui al di là delle loro inclinazioni personali e dello spontaneo coinvolgimento; ostacolano il cambiamento, in quanto spesso le regole pensate in funzione del raggiungimento di un fine diventano fini a se stesse".

Il vero sviluppo dell'apprendimento trasformativo è mettere costantemente in discussione "le routine"; riflettere su queste significa far riemergere e riconsiderare la cultura organizzativa, che in essa si sedimentano, per produrre cambiamento organizzativo.

Ripensare la formazione degli operatori sanitari ed amministrativi diviene, in tal senso, un passaggio fondamentale per la costruzione di un sistema di competenze adeguato alle problematicità e alle criticità che caratterizzano i contesti del lavoro di cura. La formazione non può, cioè, essere interpretata solo come acquisizione di competenze tecniche, ma deve essere intesa anche nei termini sia di una costruzione di capacità critico - riflessive (capacità di riflettere in corso d'opera ridefinendo i propri schemi di significato), sia di una "alfabetizzazione emotiva" (capacità di dialogare con le proprie ed altrui emozioni, capacità di gestire e direzionare le emozioni), allo scopo di preparare ad affrontare criticamente gli ostacoli della "complessità".

L'obiettivo di tale formazione deve essere quello di preparare un "professionista riflessivo", non solo, quindi, un possessore ed esecutore di tecniche, ma un attore consapevole del proprio ruolo, del proprio agire e del proprio contesto, competente nella gestione di sé, delle relazioni, del cambiamento.

La realizzazione di questo obiettivo formativo richiede che i programmi di formazione professionale, rivolti in maniera integrata e coordinata agli operatori sanitari e a quelli amministrativi, non debbano più prevedere solo l'utilizzo dei metodi tradizionali in linea con una formazione cumulativa, tecnicistica, quantitativa, ma anche l'integrazione di metodologie didattiche innovative, coerenti con un approccio teorico-scientifico di matrice pedagogica. Tali metodologie configurano percorsi tesi verso lo sviluppo di senso critico-riflessivo; esse mirano, cioè a "decostruire criticamente il piano originario del sapere che implicitamente determina le concezioni di sé, degli altri, della realtà e i modi di essere e di agire legati ad un dato ambito di lavoro". Mettere in discussione gli agìti professionali è preliminare ad un "apprendimento trasformativo che si focalizza appunto su una critica delle premesse".

## CONCLUSIONI

La proposta presentata in questo lavoro di tesi ha inteso, dunque, identificare un possibile protocollo di formazione coerente con una solida base teorica e metodologica e compatibile con lo scenario di turbolenza e discontinuità che sta investendo le aziende sanitarie italiane capace di innescare ed accompagnare un cambiamento culturale per il governo delle organizzazioni. Partendo da un metodologia che valorizza l'asimmetria tra la velocità della turbolenza e la meditazione delle risposte, il metodo riflessivo diffuso diventa una straordinaria leva per mobilitare una maggiore partecipazione responsabile che fa perno sulla crescita di una capacità di apprendimento

collettivo e sulla maturazione di forme di leadership più solide e meglio reattive rispetto alle esigenze del contesto.

Al fine di sostenere nella maniera più efficace ed idonea il percorso formativo di adeguamento, la ricerca qualitativa proposta punta ad individuare "tipi ideali", cioè categorie concettuali che non esistono nella realtà, ma che liberano i casi reali dai dettagli e dagli accidenti della realtà per estrarne le caratteristiche essenziali ad un livello superiore di astrazione; lo scopo dei "tipi ideali" è quello di essere utilizzati come modelli con i quali illuminare e interpretare la realtà stessa.

L'elaborato esamina un approccio che non intende dare risposte ma porre domande, come stimolo e punto di partenza per lo sviluppo di un'attitudine riflessiva quale infrastruttura immateriale e metodo per il passaggio dalle professioni del mondo socio-sanitario ad un governo attento e consapevole e su questo solco attivare continuamente percorsi ed esperienze virtuose.

La proposta di lavoro presentata ovviamente può avere ulteriori sviluppi ed approfondimenti in percorrenze molto più dettagliate e rigorose, in riferimento ad una tradizione pedagogica italiana ed internazionale che ne conferma la legittimità, la significatività, la pregnanza.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI


- Artioli G., Montanari R., Saffioti A., *Counseling e professione infermieristica*, Carocci Faber, Roma 2004
- Bakewell S., *Montaigne. L'arte di vivere*, Fazi Ed., Roma 2011
- Cambi F., *L'autobiografia come metodo formativo*, Laterza, Roma-Bari, 2002
- Connelly F. M. – Clandinin D.J., *Il curriculum come narrazione*, Loffredo, 1997
- Corbetta P., *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Mulino, 1999
- Cosmacini G., *Il mestiere di medico. Storia di una professione*, Cortina R., 2000
- Cosmacini G., *Storia della medicina e sanità in Italia*, Laterza, Milano 1987
- Cuccurullo C., Il management strategico nelle aziende sanitarie pubbliche. Metodi e strumenti di gestione strategica, McGraw Hill, Milano, 2003
- Cunti A., Lo Presti F., Sabatano F., *Le competenze relazionali in ambito sanitario. Per una formazione all'agire riflessivo*, Carocci, Roma 2010
- D'Adamo A., (a cura di), La formazione manageriale in sanità. Il motore dello sviluppo in sanità, Aracre, Roma, 2011
- Demetrio D., *Manuale di educazione degli adulti*, Laterza, Roma-Bari, 1997
- Demetrio D., *Pedagogia della memoria*, Meltemi, 1998
- Demetrio D., *Raccontarsi, l'autobiografia come cura di sé*, Cortina, 1995
- Demetrio D., *Scritture erranti. Dall'autobiografia all'autoanalisi*, EdUP, 2003
- Dewey J., *Come pensiamo. Una riformulazione del rapporto tra il pensiero riflessivo e l'educazione*, La Nuova Italia, Firenze, 1933
- Donabedian A.: *La qualità dell'assistenza sanitaria*, Nis, Roma, 1990
- Gherardi S., Nicolini D., *Apprendimento e conoscenza nelle organizzazioni*
- Heisenberg W., *Indeterminazione e realtà*, Guida, Napoli, 1991
- Knowles M. S., *La formazione degli adulti come autobiografia*, Raffaello Cortina, Milano 2003
- Levitt B. e March J. C., 'Organizational Learning', in "Annual Review of Sociology", 1988, n° 14
- Lo Presti F., *Educare alle scelte. L'orientamento formativo per la costruzione di identità critiche*, Carocci, Roma 2009
- Lo Presti F., *Il senso del sé. Percorsi autoriflessivi nella formazione*, Pensa Multimedia, Lecce 2005
- Mezirow J., *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti*, R. Cortina, Milano 2003
- Meneguzzo M, *Managerialità, innovazione e governance. La P.A. verso il 2000*, Aracne. 2001
- Mintzberg H., Ahlstrand B, Lampel J., *Strategy bites back*, Prentice Hall, 2005
- Mintzberg H., *Managers Not MBAs A Hard Look At The Soft Practice Of Managing And Management Development*, Ingram pub services, 2005
- Mintzberg H., *Il lavoro manageriale*, Franco Angeli, 2010
- Palmieri G., Pàsome, *Gli adulti avanzano nel bosco con Pan, Socrate e Mentore*, Liguori, Napoli 2005
- Popper K., *Verso una teoria evoluzionistica della conoscenza*, Armando, 1994
- Rapporto CEIS 2008, La Sanità delle Regioni. Bilancio e prospettive a sette anni dalla riforma del Titolo V e alla vigilia del Federalismo fiscale, Health Communication srl, Roma, 2009.
- Rapporto OASI 2010, L'Aziendalizzazione della sanità in Italia, Egea, Milano, 2011.
- Schön D.A., *Il professionista riflessivo: per una nuova epistemologia della pratica professionale*, Dedalo, Bari, 1993
- Striano M., *Quando il pensiero si racconta*, Meltemi, Roma, 1999
- Virzì A., M.S., Signorelli: *Medicina e Narrativa. Un viaggio nella letteratura per comprendere il malato (e il suo medico)*, FrancoAngeli, Milano, 2007

# Metodi di valutazione di un appalto

Vittorio MINIERO - Avvocato

La materia degli appalti pubblici è notoriamente oggetto di innumerevoli interventi innovativi da parte del legislatore comunitario e, più ancora, nazionale.
L'attenzione del legislatore, tuttavia, è catalizzata dalle regole per la realizzazione del procedimento di gara e dalla importanza del rispetto dei principi di trasparenza e parità di trattamento, mentre non è mai presa in debita considerazione l'importanza del risultato da raggiungere.
Il senso di questo intervento è di riportare in auge un argomento di cui si parla troppo poco: come è possibile valutare il risultato della gara di appalto?
Le nostre amministrazioni pubbliche si stanno concentrando da anni sulla qualità della procedura di gara, tralasciando la qualità del risultato della stessa.
Una dimostrazione di quanto sopra.
Alcune Regioni attribuiscono ai Direttori Generali delle ASL, quali obiettivi da raggiungere per soddisfare l'incarico assegnato quello di subire un numero limitato di ricorsi al TAR. Come se il fatto di subire pochi ricorsi al TAR, per eccepire la illegittimità della procedura di gara, fosse sintomo di buon risultato dell'acquisto. Un altro sintomo di questo trend nazionale è il seguente.
Il nuovo regolamento attuativo, in vigore dal 8 giugno 2011 (DPR 207/2011), dispone all'articolo 272 comma 2 che: "Il responsabile del procedimento provvede a creare le condizioni affinché l'acquisizione possa essere condotta in modo unitario in relazione a tempi e costi preventivati".
La prima responsabilità da assumere per colui che occupa il ruolo più rilevante all'interno della procedura di affidamento è rispettare tempi e costi, non quella di comprare bene.
La utilità dell'acquisto effettuato può dirsi quasi finire in secondo piano, rispetto alla legittimità dell'acquisto.
Occorre, invero, rilevare che il citato regolamento, per la prima volta, detta una disciplina dettagliata sulle modalità di collaudo, verifica dei risultati e verifica di conformità che l'amministrazione deve effettuare in seguito ad un qualunque acquisto.

> ***Le Amministrazioni si concentrano più sulla qualità della procedura che su quella del risultato***

## Un buon risultato dipende da una adeguata programmazione.

Resta, al contrario, ancora in balia della capacità (che fortunatamente è decisamente alta) dei professionisti pubblici degli acquisti la determinazione della qualità dell'acquisto nella fase antecedente alla procedura di gara.
I buoni risultati di un acquisto dipendono, in primis, anche da una buona strategia iniziale di acquisto che sfocia nella progettazione e nella determinazione della procedura di gara ideale per l'acquisto di beni servizi da realizzare.

## La programmazione in ambito di forniture pubbliche.

Negli appalti di forniture la individuazione della quantità dei beni da acquistare è elemento essenziale per la determinazione della procedura di gara da espletare.
La quantità dei beni da comprare, infatti, incide inevitabilmente sul valore dell'appalto e il nostro Codice dei Contratti impone la scelta di procedure differenti a seconda del valore dell'appalto (ad esempio il valore dell'appalto costituisce la differenza tra sopra o sotto soglia). L'amministrazione, nell'effettuare la programmazione, deve individuare una quantità di beni da acquistare che possa essere ritenuta idonea a soddisfare, in un determinato lasso temporale, i bisogni pubblici. La scelta del lasso temporale e la individuazione della quantità costituiscono strategia di acquisto.
La entrata in scena della tracciabilità dei flussi finanziari ha costituito una frana burocratica abbattutasi sulle amministrazioni pubbliche: la conseguenza è che effettuare una procedura di gara anche per importi limitati è oggi diventato molto dispendioso in termini di ore lavoro uomo necessarie.
Questa situazione dovrebbe far riflettere le amministrazioni nell'effettuare una migliore strategia di acquisto.
Occorre imparare ad acquistare la medesima quantità di beni e servizi necessari con il numero minore possibile di procedure di acquisto, accorpando ed organizzando queste, per quanto possibile.
Eppure ancora si rilevano spessissimo ripetizioni di contratti tra una amministrazione e il medesimo fornitore per ambiti oggettivi di acquisto simili in un medesimo lasso temporale.
Questo determina una forte perdita di ore lavoro uomo ai danni dell'amministrazione pubblica.



La determinazione della quantità è un fattore importantissimo dell'acquisto pubblico.
Purtroppo quasi tutte le amministrazioni sanitarie sono convinte di poter effettuare acquisti di beni in somministrazione individuando la quantità necessaria con un solo numero.
Ad esempio è tipico delle Asl concludere contratti di appalto per la fornitura di siringhe individuando la esigenza stimata in un numero (ad esempio nel 2012 comprerò 100.848 siringhe).
E' evidente che questo numero è destinato ad essere una mera stima e ad essere oggetto di fallimento, costringendo la amministrazione alla certa effettuazione di cosiddette "varianti" (la formalizzazione delle quali comporta altro lavoro uomo).
Se si riuscisse a rendere flessibile la individuazione delle quantità di beni da acquistare nei contratti di somministrazione, i fallimenti di programmazione tenderebbero senza dubbio a ridursi.

## La programmazione in ambito di servizi pubblici.

In ambito servizi la strategia di acquisto deve concentrarsi sulla durata del servizio da realizzare.
Non esiste una indicazione del legislatore sulla durata dell'appalto, né minima né massima.
Un servizio potrebbe durare un giorno o 15 anni.
La durata deve dunque essere oggetto di strategia di acquisto da parte della amministrazioni in fase di programmazione.
La scelta di un contratto di servizi pluriennale, in particolare, dipende dalla fase di start up del medesimo.
Più' il servizio ha una fase di costi iniziali da ammortizzare o una fase di iniziale conoscenza delle prestazioni da eseguire complessa, più è opportuno che sia maggiormente estesa la durata del servizio per evitare i disagi dei passaggi di consegne da un operatore al successivo aggiudicatario della nuova gara d'appalto.
In questa ottica devono anche inserirsi le logiche dei potenziali rinnovi o ripetizioni di servizi analoghi.
La durata del servizio non può essere legata al "si è sempre fatta così".
E' indispensabile che, in fase di programmazione, l'amministrazione, analizzando il mercato, determini il lasso temporale ritenuto preferibile per il singolo appalto.

## La scelta delle procedure ideali.

Un' ultima considerazione sulla valutazione dei risultati per tramite di una buona analisi del mercato in fase di programmazione riguarda la scelta della procedura di gara.
Premesso che le procedure di gara per il soprasoglia comunitario sono lasciate dal legislatore alla discrezionalità delle amministrazioni, queste devono di volta in volta valutare quale possa essere la procedura ideale per raggiungere la massima soddisfazione.
In quest'ottica è necessario domandarsi la motivazione del mancato utilizzo, nei primi 5 anni di applicazione del Codice dei Contratti, della procedura di acquisto del sistema dinamico di acquisizione.
Il sistema dinamico permette di comprare beni e servizi tipizzati e standardizzati con massima frequenza, minimo impatto ambientale e minimo sforzo procedurale.
E'evidente quindi che, per quegli ambiti di acquisti usuali e frequenti, questo sistema possa ritenersi ideale.
Eppure l'ambito sanitario (che affronta frequentemente acquisti tipizzati e standardizzati, quali i farmaci) fatica ad apprezzare questo nuovo istituto inserito, per volontà comunitaria, nel Codice degli appalti.
Al contrario, sempre per rimanere nell'ambito di acquisto di farmaci, ci si ostina a fare procedure di

acquisto pluriennali, pur sapendo che le probabilità che un contratto di fornitura di farmaci pluriennale arrivi a conclusione della sua durata contrattuale siano inferiori al 50%.
Spesso si vedono ancora in gara lotti di farmaci acquistati dal produttore "originator" con durata quadriennale, quando è noto (in quanto pubblicato) che dopo appena un anno potrà essere disponibile il prodotto generico che abbatterà il prezzo.
Spesso è di molti mesi la durata della procedura di passaggio dall'operatore che vende il prodotto brand a prezzi elevati all'operatore che vende il prodotto generico (equivalente) a prezzi decisamente ridotti.
Una migliore conoscenza delle procedure di gara a disposizione delle amministrazioni pubbliche è in grado di risolvere queste e molte altre problematiche.

## La fase di valutazione dei risultati.

Una buona programmazione evidenzia i bisogni dell'amministrazione.
La conoscenza ed evidenziazione (che si vorrebbe riportata anche negli atti progettuali) dei bisogni dell'amministrazione è alla base della valutazione dei risultati.
E' il punto di partenza.
Se in fase di programmazione non si determina con precisione dove si vuole arrivare (e con quali costi effettivi) è impossibile riuscire a valutare quali risultati si è raggiunto.
A titolo di esempio in alcuni ambiti va di moda l'acquisto al prezzo più basso (magari camuffato da offerta economicamente più vantaggiosa, ma con l'attribuzione di 60 punti all'elemento prezzo).
L'acquisto appare immediatamente un ottimo risultato perché l'amministrazione può dimostrare di star comprando il prodotto ad un prezzo inferiore rispetto ad altre.
Durante la esecuzione del contratto, però, può succedere che la scarsa qualità del prodotto acquistato costringa la committente a comprare un numero maggiore di prodotti, con buona pace del risultato economico vantaggioso che si credeva raggiunto in gara.

## La fase di valutazione dei risultati serve anche in prospettiva futura.

La fase della esecuzione del contratto è essenziale anche per il raggiungimento dei positivi risultati nella procedura successiva.
Molto spesso ancora si vedono capitolati speciali per determinati prodotti e servizi che si ripetono costantemente senza mai subire alcuna modifica.
Può capitare che per la redazione di un capitolato speciale di servizi si assuma a modello il capitolato speciale usato per la gara 5 anni prima e lo si ponga a base per il successivo, ricopiandolo integralmente.
Al contrario la fase di esecuzione di un contratto deve essere fonte di innovazione del futuro capitolato. Tutte le volte che, in fase di esecuzione, nascessero contrasti o difficoltà con l'operatore economico, la prima cosa che una buona amministrazione dovrebbe fare è rivedere il proprio capitolato speciale per evitare che il problema possa riproporsi in una prossima e futura esperienza con il successivo aggiudicatario.
Negli appalti non si può vivere solo il "qui e ora", ma si deve pensare che l'amministrazione vivrà il medesimo rapporto contrattuale anche con altri e diversi operatori economici e occorre affinare di continuo le prescrizioni contrattuali affinché l'amministrazione rimanga sempre il contraente forte.

# Il sistema sanitario lombardo della valutazione del personale dipendente dalle aziende ospedaliere e dalle aziende sanitarie locali: caratteristiche del modello

Giovanni LAMBERTI - Consulente di Direzione e Organizzazione - (Presidente NVP A.O. Riuniti - Bergamo, A.O. Carlo Poma - Mantova ed ASL di Cremona – Componente NVP A.O. di Desenzano del Garda)
Anna GEROLA - Direttore Amministrativo A.O. Carlo Poma - Mantova
Laura LAMBERTI - Avvocato - Esperto in Diritto Sanitario
Ernesto TRECCANI - Direttore Area Personale A.O. - Lodi

## PREMESSA

Il presente contributo vuole essere in primo luogo una prima organica ricognizione del quadro normativo definito dalla Regione Lombardia rispetto ai sistemi di valutazione aziendali delle Aziende Sanitarie Pubbliche, sia Aziende Ospedaliere che Aziende Sanitarie Locali, in attuazione del D.Lgs. 150/'09 (c.d. Decreto Brunetta).

In tal senso verranno quindi analizzate le direttive regionali emanate al riguardo al fine di disegnare le caratteristiche principali del modello lombardo, evidenziandone punti di forza e di debolezza, svolgendo le riflessioni conseguenti in un'ottica propositiva e costruttiva evidenziando eventuali particolari criticità nella logica di miglioramento del sistema.

Da ultimo si procederà a delineare il possibile approccio che i singoli organismi aziendali di valutazione potranno adottare nella logica di cui sopra, attuativa del modello regionale; fermo restando il rinvio, ad altro contributo rispetto al dettaglio del processo valutativo ed ai relativi strumenti (schede di valutazione) utilizzati.

## IL SISTEMA SANITARIO LOMBARDO DELLA VALUTAZIONE

Non v'è dubbio che con gli atti e le determinazioni regionali adottati in attuazione del D.Lgs. 150/'09 il legislatore regionale ha delineato le caratteriste del sistema di valutazione delle aziende sanitarie: si tratta di capire se il risultato finale a tutt'oggi emergente dalle determinazioni regionali predette costituisce, o meno, la "disciplina regionale" di cui al 4° c. dell'art. 31 del D.Lgs. 150/'09 **(NOTA 1).**

In effetti, la Regione Lombardia ha sicuramente delineato le caratteristiche, il tessuto connettivo, se così si può dire, del sistema di valutazione regionale -soffermandosi in primo luogo, e correttamente, sulla definizione dei criteri connessi alla costituzione degli organismi di valutazione-; ma non si può sostenere che ciò costituisca -almeno sino a tutt'oggi- quella disciplina organica della materia che, altrettanto sicuramente, è tuttora in corso di definizione. Basti ricordare a tal uopo le marcate incertezze delle singole Aziende Sanitarie Lombarde rispetto all'elaborazione, o meno, del Piano Triennale delle Performance di cui all'art. 10 del citato D.Lgs. 150/'09 **(NOTA 2),** che hanno indotto alcune aziende ad adottare il relativo atto, ed altre, invece, a non assumere alcuna determinazione, stante l'incertezza operativa derivante dalla mancata espressione regionale ed anche l'incertezza interpretativa derivante dal "Parere" all'uopo formulato della CIVIT **(NOTA 3)** il 10/2/2011.

Sicuramente si condivide la scelta di quelle Aziende Sanitarie che hanno assunto, anche sulla base del modello proposto dalla CIVIT (**NOTA 4**) il relativo provvedimento, la cui rilevanza è indubitabile, pur differendo alle singole annualità (ivi compreso quindi l'anno 2011) la definizione degli obiettivi operativi, tenuto conto sia dei copiosi provvedimenti di programmazione regionale (**NOTA 5**), sia degli atti di programmazione aziendale e di definizione degli assetti organizzativi (P.O.A. – Piano di Organizzazione Aziendale).

In effetti la copiosa e qualificata produzione legislativa programmatoria della Regione Lombardia ha sempre caratterizzato l'agire dello stesso legislatore lombardo procedendo, spesso, anche a discipline organiche di robusto spessore quale, da ultimo la disciplina fornita con L.R. n. 33 del 6/8/2010 (**NOTA 6**) che ha compiutamente disciplinato la materia sanitaria.

Forse l'abitudine alle compiute definizioni regionali avevano prodotto, in non pochi attori del sistema, la convinzione che anche per l'appuntamento "valutazione" la Regione Lombardia potesse, a conferma, dimostrare tempestività ed organicità che in effetti, sinora, non risultano compiutamente garantite quantunque e, va sottolineato, gli atti assunti al riguardo sinora si dimostrano incisivi, specificamente connessi alle peculiarità delle aziende sanitarie lombarde e tali da tenere in debita considerazione la complessità sia delle stesse aziende che del sistema regionale.

In effetti il pregresso (si intende ante Decreto Brunetta) sistema di valutazione lombardo è stato a suo tempo ben definito e compiutamente delineato sin dal 2002 con le Linee Guida di "Valutazione della Dirigenza del Servizio Sanitario Regionale" (**NOTA 7**) che, non sono solamente applicative dei CCNNLL della Dirigenza dell'8/6/2000 (**NOTA 8**) ma addirittura anticipatori di alcune definizioni contrattuali successivamente contenute nel CCNL 2005 (vedi, per esempio, la trasparenza delle procedure e la garanzia del contraddittorio, ecc.) e non solo, ma anche anticipatorie, in qualche modo, delle caratteristiche com-

positive degli attuali N.V.P. (Nuclei di Valutazione delle Prestazioni) prevedendo, sin d'allora, la presenza nei pregressi corrispondenti organismi (ex Nuclei di Valutazione) sia di componenti esterni (garantendo così il fondamentale profilo della terzietà) sia degli interni (in quel caso interni all'Azienda e non esterni alla stessa ma appartenenti al sistema sanitario regionale).

Le Aziende Sanitarie Regionali si sono quindi a suo tempo adeguate al pregresso e predetto "modello regionale" di sicuro affidamento e ben strutturato, consentendo alle stesse, escluse alcune poche realtà (Nuclei di Valutazione composti dai Direttori di vertice ???) la definizione di composizioni adeguate e di sistemi di valutazione ben strutturati e, quindi, il conseguimento di risultati aziendali complessivi più che soddisfacenti.

Il modello regionale così definito è stato poi perfezionato dalla Regione con le successive linee di indirizzo del 21/12/2005 (**NOTA 9**) che, in occasione delle direttive applicative del CCNL di quell'anno, ha sicuramente fornito ulteriori linee guida (riprese poco dopo dal successivo Piano Socio Sanitario 2007-2009 – **NOTA 5**) rispetto alla connessione del sistema di valutazione agli altri sistemi di gestione -budget in particolare-, alla valutazione individuale ed alla necessaria mappatura delle singole professionalità attribuendo ulteriore caratterizzazione al modello da considerarsi evoluto e di riferimento.

Nel 2009 poi, nell'anno in cui com'è noto è stato emanato il D.Lgs. 150/'09 (c.d. Decreto Brunetta) la Regione Lombardia, sempre in occasione delle linee di indirizzo fornite in applicazione del CCNL del 17/10/2008 (**NOTA 10**) ha codificato, talora a conferma della normativa nazionale:

- la tripartizione valutativa necessaria (valutazione della prestazione, della posizione e del potenziale);
- la valutazione quale "processo continuo";
- il Piano aziendale di valutazione;
- i principi irrinunciabili a cui si deve ispirare il sistema di valutazione (**NOTA 11**);
- il principio per cui la valutazione nelle aziende deve avere come contenuto:
  a) la prestazione annuale,
  b) le competenze gestionali possedute,
  c) le competenze professionali possedute,
  d) il potenziale presente in azienda.

In tal modo non poche aziende sanitarie, sia ospedaliere che sanitarie locali, hanno consolidato un sistema di valutazione "maturo" che già consentiva di definire sia la performance organizzativa che la performance individuale (in alcuni casi della dirigenza, in altri solo del comparto) ed anche un'effettiva integrazione del sotto-sistema della dirigenza con quello del comparto.

La Regione Lombardia ha quindi poi colto con tempestività l'innovatività della Riforma Brunetta già definendo, con DGR n. 000165 del 30/6/2010 (NOTA 12) -in occasione della proposta di piano socio-sanitario della IX legislatura- quale chiaro obiettivo strategico di legislatura "la revisione e l'armonizzazione dei sistemi di valutazione delle performance degli enti del servizio sanitario e socio-sanitario regionale in attuazione del Decreto n. 150/2009".

Così in occasione di un incontro con i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Pubbliche (tenutosi il 7/7/2010), i dirigenti regionali preposti alla relativa funzione (**NOTA 13**) hanno informato i legali rappresentanti delle aziende delle linee di politica del personale e dei sistemi di valutazione definendo il "SISTEMA REGIONALE COESO" con;

- obiettivi comuni,
- finalità condivise,
- crescita professionale.

Si deve dare atto quindi che in tale occasione, poi in parte resa dal legislatore (L.R. n. 14 del 6/8/2010 -NOTA 14) la Regione Lombardia, per il tramite della dirigenza regionale preposta, ha fissato i criteri portanti della "disciplina" regionale individuando l'Organismo Indipendente della Valutazione (O.I.V.) Regionale quale riferimento e gestore di indirizzi per i singoli NdiVP (Nuclei di Valutazione delle Prestazioni) delle aziende confermando il parallelismo istituzionale a livello centrale fra CIVIT e OIV centrali.

In tale sede sono stati -in fondo- ulteriormente valorizzati, nell'ottica regionale di sistema, i criteri ed i principi che la Regione aveva precedentemente definito (da ultimo linee di indirizzo 2009 soprariferite) "costruendo un sistema socio-sanitario trasparente, di qualità, attento al cittadino che contribuisca a costruire la "via lombarda" alla valutazione"!

Ad onor del vero in una logica nazionale, ed è solo una mera questione di dizione e non di contenuto, sarebbe forse stato preferibile definire i singoli organismi aziendali di valutazione quali O.I.V. (non risultando reperibile la precedente dizione di NdiV) e riservando all'organismo regionale una definizione più propria ed analoga rispetto alla CIVIT (tipo "Commissione Regionale per la Valutazione"): se non altro si sarebbe evitato di affiancare per esempio, agli O.I.V. dei Comuni, magari con 30 dipendenti, NVP di Aziende sanitarie conterranee di 2-3.000 dipendenti.

La definizione del modello regionale è tra l'altro contestuale alla DGR n. 000351 del 28/7/2010 (**NOTA 15**) – per altro pubblicata su questa rivista -n. 3/2010- con la quale sono state fornite prima indicazioni per la valutazione periodica della performance della struttura di ricovero e cura, in evidente connessione rispetto ai processi di valutazione in argomento connessi più specificamente alle risorse umane.

Non certo tempestivamente la Regione ha emanato (BURL 1/12/2010 - **NOTA 16**-) l'avviso pubblico

per il conferimento degli incarichi ai componenti del predetto O.I.V. regionale, per altro altresì preposto (dal 2011) alla valutazione annuale degli obiettivi dei Direttore Generali (**NOTA 17**) oltre che, come si è visto, dei dipendenti regionali.

Lo stesso OIV è stato poi successivamente nominato - allegato 1 della DGR 001029 del 22/12/2010 – (**NOTA 18**) comunque entro la fine del 2010 ed autorevolmente composto da esperti di comprovata professionalità.

Tale DGR prevede significativamente:

*"L'OIV di Sistema indirizza e coordina, attraverso una specifica funzione di supporto, tutti gli OIV degli Enti del Sistema regionale. Tali OIV vengono denominati Nuclei di Valutazione delle Performance/Prestazioni – NVP.*

*In particolare l'OIV di Sistema provvede a:*

- *promuovere sistemi e metodologie finalizzati al miglioramento delle performance del sistema regionale;*
- *adottare linee guida per lo sviluppo di strumenti e metodologie di misurazione e valutazione delle performance, di concerto con gli Enti del Sistema;*
- *fornire supporto tecnico e metodologico per le diverse fasi del ciclo delle performance;*
- *confrontare le performance tra gli Enti del Sistema secondo modalità condivise con gli stessi;*
- *assicurare la trasparenza dei risultati conseguiti;*
- *predisporre una relazione annuale da presentarsi apposita conferenza annuale sulle performance di Regione Lombardia.*

*Linee guida peri NVP degli Enti del Sistema:*

1) ***Composizione**. Il NVP sarà composto da due componenti esterni e un dirigente del Sistema non dipendente del medesimo Ente/Azienda. Il limite massimo di partecipazione di un medesimo soggetto ai NVP del Sistema regionale è fissato in n. 3 incarichi.*
2) ***Funzioni**. Oltre le funzioni ordinariamente svolte, si prevede che i NVP misurino la performance di Ente e si coordinino con l'OIV, con il compito principale di certificare l'adeguatezza dei sistemi di valutazione implementati. I NVP assicurano all'OIV l'accesso di tutta la documentazione prodotta.*
3) ***Raccordo** OIV/NVP. Incontri a cadenza predefinita da OIV di Sistema e i NVP degli Enti del Sistema (1° livello) per definizione linee guida per una migliore "messa a punto" dei sistemi di valutazione.".*

Tale provvedimento regionale, oltre che procedere quindi alle nomine dell'OIV connota ulteriormente il modello regionale di riferimento, pur ponendo talune circoscritte perplessità che peraltro potranno essere sviluppate nel prosieguo, in particolare si evidenzia:

- la denominazione "Nucleo di Valutazione delle Prestazioni" viene integrato dalla parola Performance, parrebbe a questo punto preferibile eliminare la parola "Prestazioni" (Nucleo di Valutazione delle Performance);
- l'O.I.V. ha una funzione di indirizzo, coordinamento e supporto oltre alle funzioni previste nel dettaglio: in sostanza il legislatore regionale ha individuato solo alcune (n. 6) delle funzioni previste in capo alla CIVIT (**NOTA 19**) al 5° ed al 6° c. dell'art. 13 del Decreto Brunetta riducendo notevolmente i compiti dell'O.I.V. rispetto alla CIVIT (alcuni certo non proponibili, altri sicuramente ed altri adattabili) e quindi circoscrivendo lo spazio di sovraordinazione dell'OIV rispetto ai NVP ed introducendo alcuni punti di equiordinazione (infatti le linee guida che l'OIV deve adottare vanno definite "di concerto con gli Enti del Sistema");
- viene confermata la parziale posizione di terzietà nell'ambito dei NVP, prevedendo infatti due componenti esterni, a garanzia della oggettività e neutralità della funzione valutativa;
- il terzo componente è "un dirigente del Sistema non dipendente del medesimo Ente/Azienda" quindi, a rettifica, e devo dire a miglioramento rispetto al modello precedente, si prevede che il dirigente "interno" deve essere "interno" al sistema prevedendo correttamente la possibilità di inserire nei Nuclei professionalità ed esperienze del Sistema Sanitario Regionale o, più estesamente, del Sistema Regionale latu sensu: parrebbe di primo acchito più condivisibile la prima soluzione ma oggettivamente il sistema deve dimostrarsi adeguatamente integrato così come "integrato" è lo stesso OIV che non opera esclusivamente per i dipendenti del SSR ma anche per i dipendenti regionali (**NOTA 20**);
- si conferma il limite massimo di n. 3 incarichi per un medesimo soggetto in altrettanti NdiV: doveroso limite rispetto ad eccesso d'impegno per i dirigenti del sistema e sicuramente non condivisibile per i terzi componenti, obbligati ai vincoli del mandato, ai carichi di lavoro ed ai codici deontologici dei valutatori: infatti tale limite è stato eliminato successivamente (**NOTA 21**) allorquando alcune Aziende avevano peraltro già provveduto alla nomina;
- sulla disciplina invece (rispetto a quanto espressamente previsto dalla deliberazione CIVIT n. 4/2010) relativamente a:
  - A. organo monocratico o collegiale,
  - B. tipologie delle competenze professionali,
  - C. requisiti professionali,
  - D. equilibrio di genere,
  - E. requisito dell'età,
  - F. verifica delle capacità,

la Regione Lombardia non ha in tale sede fornito indicazioni lasciando di fatto evidentemente ai singoli Direttori Generali la definizione dei relativi criteri nonché altre ed ulteriori relative modalità. Al riguardo

lo scenario che ne è conseguito risulta quindi inevitabilmente eterogeneo.

In effetti poi con DGR 29/12/2010 si precisa più puntualmente la qualificazione del componente "interno" al Sistema da "dirigente del Sistema non dipendente dal medesimo Ente/Azienda" a "dirigente del SIReg (Sistema Regionale) non dipendente del medesimo Ente/Azienda" valorizzando la funzione integrativa del SSR rispetto all'interezza istituzionale regionale.

Le predette linee guida sono poi state ribadite anche con successiva (**NOTA 23**) circolare n, H1.2010.0042608 del 30/12/2010 in attuazione della DGR 01/12/2010 (**NOTA 24**) con la quale sono state definite le Regole 2011 in cui si prevede che, nel 2011, verranno definiti i criteri di meritocrazia e premialità in coerenza con quanto previsto dalla Riforma Brunetta.

**La questione poi connessa ai compensi è stata de**finita con ulteriore atto (**NOTA 25**) che ha contestualmente fissato, nella stessa misura massima, pure i compensi previsti per i componenti dei Comitati di Vigilanza dei Codici-Etici Comportamentali.

L'ultimo provvedimento risultante (**NOTA 26**) ancorché tardivo (in quanto alcune Aziende avevano già provveduto alla nomina) è sicuramente un qualificato e necessario compendio rispetto al modello regionale disegnato in quanto stabilisce, oltre alla modalità di presentazione della candidatura, i requisiti per l'accesso all'incarico (pur non prevedendo indicazioni sul requisito dell'età e di genere), la durata, la composizione, i limiti di incarico per i dirigenti del Sistema Regionale ma soprattutto le funzioni e le modalità di funzionamento del NVP (**NOTA 27**).

Francamente caratterizzato da completezza e chiarezza l'elenco delle funzioni in capo al NdiV: premessa la necessaria definizione regolamentare sarebbe peraltro auspicabile anche la definizione di un codice deontologico, traslato magari dall'Associazione Italiana di Valutazione (**NOTA 28**), in capo al NVP; oltre alle funzioni condivise e pregnanti rispetto ai precetti brunettiani (rispetto del merito, valutazione delle performance organizzative ed individuali) vengono previste, con lungimiranza, funzioni:

a) correlate ed in coerenza col sistema di programmazione regionale,

b) connesse alle funzioni ed allo sviluppo di altri sistemi gestionali in una logica di funzione tecnico-consulenziale rispetto all'Alta Dirigenza,

c) connesse alla verifica della correttezza delle applicazioni contrattuali assegnando di fatto al NVP un interessante funzione di advisor anche rispetto a tali questioni (per esempio, in particolare, alla definizione ed alla consistenza dei fondi contrattuali).

Lodevole e pregna di contenuti l'elencazione delle funzioni previste in capo al NVP a cui viene assegnata una funzione avvolgente rispetto alla mera attività valutativa, in stretta connessione ed aderenza rispetto all'OIV regionale pur sottolineando la possibilità di integrare le funzioni stesse con il supporto nella definizione delle linee strategiche aziendali (così come previsto in capo all'OIV del Decreto Brunetta - **NOTA 29**).

## IPOTESI DI PRIMA OPERATIVITÀ DEI SINGOLI NVP (NUCLEI DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI) DELLE AZIENDE OSPEDALIERE ED ASL LOMBARDE

Alla luce di quanto precedentemente detto il Nucleo di Valutazione Aziendale, nel rinnovato mix di professionalità esistenti, dovrà proporre innanzitutto, in relazione alle direttive del Direttore Generale e tenuto conto delle relative indicazioni dell'O.I.V. regionale, i relativi regolamenti di funzionamento del Nucleo stesso ad integrazione di quelli vigenti e sulla base della rinnovata disciplina nonché, si ritiene, anche del relativo Codice Deontologico (VEDI **NOTA 28**).

Ulteriormente il "nuovo" Nucleo dovrà necessariamente "conoscere" la specificità aziendale e quindi 'impadronirsi' della realtà, particolarmente rispetto agli atti programmatori ed a quelli organizzativi.

Il Nucleo dovrà poi rendersi conto principalmente delle caratteristiche del sistema di valutazione vigente, degli strumenti esistenti (schede di valutazione in particolare) e degli applicativi eventualmente già operativi all'interno dell'azienda medesima: infatti il Nucleo, come si è visto e come ha già previsto la Regione Lombardia - VEDI **NOTA 27**-, non solo dovrà far fronte alle funzioni istituzionalmente dovute, ma svolgere anche quel ruolo propositivo e tecnico-consulenziale nei confronti della Direzione per tutti quegli ambiti sinergicamente connessi al Sistema di Valutazione e riguardanti i sistemi gestionali correlati.

Fondamentale sarà poi il livello di integrazione con l'OIV regionale ed anche i criteri che dovranno essere chiaramente sempre più puntualmente definiti di ripartizione delle competenze rispetto allo stesso OIV regionale, tenuto conto di quanto anche previsto dal più volte citato Decreto 150/'09 e fermo restando la dovuta integrazione fra le funzioni di indirizzo spettanti allo stesso OIV rispetto a quelle valutative del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

A tal proposito dovrà' essere adeguatamente declinata in azienda sia la Performance Organizzativa che la Performance Individuale: in particolare quest'ultima, definibile e definita sia per la dirigenza che per il comparto, chiaramente predefinita nei criteri, e poi effettivamente misurata anche per gli effetti retributivi, di pertinenza del tavolo di concertazione aziendale.

Le funzioni sinora definite(VEDI ANCORA NOTA 27) necessiteranno quasi certamente di ulteriore specificazioni, sia riferite a taluni singoli punti ivi indicati, sia riferite a funzioni lì non previste che dovranno

meritare attenzione da parte della Regione, vale a dire in particolare:

- criticità comunicate alla Corte dei Conti (se ed a chi spetta),
- verifica della visibilità della relazione sulle performance,
- monitoraggio del funzionamento della trasparenza e dell'integrità,
- indagini sul benessere organizzativo del personale,
- ambiti e limiti per la funzione di supporto strategico.

Tali definizioni sono fondamentali per garantire la miglior sinergia fra le diverse componenti del sistema regionale e per ottenere benefici anche attraverso azioni di benckmarking fra le diverse aziende appartenenti al sistema stesso.

Di particolare rilevanza riveste anche la Struttura Tecnica di Supporto e di riferimento al Nucleo, sia per la necessaria conoscenza ed interconnessione con le diverse componenti aziendali sia per l'integrata professionalità posseduta dal dipendente dirigente titolare della funzione.

Brevi considerazioni meritano anche le possibili soluzioni applicative che l'azienda intenderà definire e su cui lo stesso Nucleo può svolgere, come detto, quel ruolo propositivo di cui si diceva: è ovvio che il Nucleo dovrà rendersi conto dello 'stato dell'arte' del sistema informativo ed informatico aziendale connesso al sistema di valutazione per poi sostenere possibili scelte di miglioramento che debbono essere incentrate sulle 'persone', sulla valorizzazione del dirigente quale primo valutatore in particolare, su un reale accompagnamento di un pluriennale processo formativo, sull'effettiva condivisione del sistema, sulle competenze del personale e, se possibile, anche sulla gestione del potenziale e non solo della prestazione, e sulla ovvia dotazione di un DSS (Decision Support System) sintetico per l'alta direzione.

In tal senso è infatti consigliabile dotare l'Alta Direzione di tale strumento di sintesi (DSS), la cui padronanza e dettaglio deve necessariamente essere in capo al NVP proprio per verificare l'adeguatezza del sistema, che consenta alla stessa Direzione di monitorare l'attività complessiva di valutazione nella propria azienda in correlazione alla declinazione di ogni tipologia di obiettivi ed alla definizione del processo di budget per singola articolazione.

Lo schema di seguito rappresentato evidenzia infatti il core dell'attività valutativa (performance organizzativa e performance individuale), particolarmente, la valutazione diretta individuale dei direttori di struttura da parte dell'NVP, in connessione agli obiettivi dell'intera azienda (è necessario approntare uno strumento idoneo a gestire anche il monitoraggio degli obiettivi stessi).

** RAR (Risorse Aggiuntive Regionali)*

Sulle metodologie ed in particolare per i processi di misurazione e valutazione delle performance non si può non ipotizzare che l'OIV Regionale dia indicazioni ai singoli NVP aziendali magari in analogia alle metodologie già in vigore nella Regione Lombardia per i dirigenti e dipendenti regionali **(NOTA 30)** e tenuto conto anche delle caratteristiche del sistema di valutazione del personale del Ministero della Sanità **(NOTA 31)**.

Da ultimo si ritiene di rilevare la necessaria integrazione che il sistema deve garantire fra personale della dirigenza e personale del comparto nonché, come spesso non avviene, della necessaria integrazione, ed anche con i relativi applicativi, delle metodologie valutative inerenti le valutazioni degli incarichi dirigenziali(Collegi Tecnici Aziendali) rispetto alla più ampia parte relativa alla valutazione di pertinenza del Nucleo come detto, dovendo essere le due valutazioni integrate in primo luogo per l'area dei risultati ma anche in parte anche per quella dei comportamenti.

## NOTE

### NOTA 1

Infatti il 4° c. dell'art. 31 del D.Lgs. 150/'09 -c.d. decreto Brunetta- prevede che:

*"Nelle more dell'adeguamento di cui al comma 1, da attuarsi entro il 31 dicembre 2010, negli ordinamenti delle regioni e degli enti locali si applicano le disposizioni vigenti alla data di entrata in vigore del presente decreto; decorso il termine fissato per l'adeguamento si applicano le disposizioni previste nel presente titolo fino alla data di emanazione della disciplina regionale e locale.".*

### NOTA 2

Infatti, come si evince dalle "Sintesi sulla legislazione di adeguamento da parte delle Regioni ai principi del D.Lgs. n. 150/'09 del 30/6/2011 della CIVIT, "l'adozione del piano delle performance è previsto in sette casi", vale adire sette Regioni, fra cui non è infatti inclusa la Regione Lombardia.

L'art. 10, primo comma, del citato Decreto Brunetta, prevede, com'è noto:

*"Al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche, secondo quanto stabilito dall'articolo 15, comma 2, lettera d), redigono annualmente:*

*a) entro il 31 gennaio, un documento programmatico triennale, denominato Piano della performance da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli*

*obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;".*

## NOTA 3

La CIVIT infatti rispetto ai seguenti quesiti posti da un'ASL:

"1) se, in assenza di una disciplina regionale, la diretta applicazione delle disposizioni richiamate nei citati artt. 16, comma 3 e 31, comma 4, debba intendersi riferita a tutte le disposizioni dei titoli II e III, oppure ai soli principi cui la legislazione regionale dovrebbe adeguarsi;

2) se, una volta individuate le disposizioni di diretta applicazione nelle more dell'adeguamento dell'ordinamento regionale, l'azienda sia legittimata ad adottare apposite disposizioni regolamentari di dettaglio per la loro applicazione;

3) se dette disposizioni regolamentari possano dettare una disciplina che, nel rispetto dei soli principi, si discostasse dal dato testuale, o recepire principi e disposizioni non dichiarate "vincolanti", nelle more dell'adeguamento da parte della legge regionale.

Ha così risposto:

Con riferimento al primo quesito, la Commissione comunica che, nella seduta del 3 febbraio 2011, è stata adottata la delibera n. 6/2011 (in www.civit.it), che ha previsto per il caso di mancato adeguamento l'applicazione soltanto degli articoli e dei commi richiamati negli artt. 16, 3° comma, e 31, 4° comma, del decreto legislativo n. 150 del 2009.

Per quanto riguarda il secondo quesito, la Commissione ritiene che, nelle more dell'adeguamento dell'ordinamento regionale, possono essere adottate disposizioni regolamentari di dettaglio, nel rispetto dei principi contenuti nelle disposizioni citate nel comma 2 dell'art. 16 e nel comma 1 dell'art. 31.

Per quanto attiene al terzo quesito, la Commissione rileva che si è in presenza di una richiesta troppo generica e si riserva, quindi, di esprimere il proprio avviso con riferimento ad ipotesi concrete."

## NOTA 4

La CIVIT dopo la chilometrica deliberazione n. 89/2010 "Indirizzi – sottoposti a consultazione – in materia di parametri e modelli di riferimento del sistema di misurazione e valutazione della performance (articoli 13, comma 6, lett. d e 30, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150)" nella quale ha definito che "I sistemi di misurazione della performance sono strumenti essenziali per il miglioramento dei servizi pubblici e, se appropriatamente sviluppati e implementati, possono svolgere un ruolo fondamentale nella definizione e nel raggiungimento degli obiettivi strategici, nell'allineamento di comportamenti e attitudini e nel miglioramento delle performance organizzative", ha altresì assunto con deliberazione n. 104/2010, la "Definizione dei Sistemi di misurazione e valutazione delle performance" stabilendo fasi, tempi e modalità del processo nonché le modalità di raccordo con i sistemi di controllo ed i documenti aziendali di riferimento (programmazione e bilancio).

## NOTA 5

Solo per ricordare, in particolare, il PIANO SOCIO-SANITARIO 2007-2009 (Deliberazione Consiglio Regionale n. VIII/0257 del 26/10/2006) e la DGR 30/6/2010 n. 00165 che hanno definito la programmazione regionale recente più significativa.

Tra l'altro, il p. 1.12 del citato PSSR 2007-2009, a proposito della valutazione del personale, ha fissato principi e criteri fondamentali, in parte confermativi delle precedenti direttive regionali (anno 2002 anno 2005) ed in parte anticipatori del modello regionale proposto nell'anno 2011 di cui in argomento: si vuole in tale sede solo ricordare a tal uopo che:

"… Un sistema di valutazione permanente del personale richiede necessariamente il verificarsi di alcune condizioni organizzative nel contesto aziendale, quali la definizione dei modelli organizzativi, l'avvenuta mappatura della tipologia e dei contenuti professionali, organizzativi e manageriali delle posizioni organizzative, la graduazione delle funzioni, il conferimento formale degli incarichi, la definizione di linee guida e protocolli operativi atti anche ad individuare aree di responsabilità tecnico-specialistica, l'assegnazione di obiettivi di budget e la loro verifica mediante indicatori predefiniti oltre alla valutazione delle prestazioni collegata alla retribuzione ed ai sistemi premianti.

La valutazione della dirigenza assume pertanto nelle aziende sanitarie un ruolo di coinvolgimento e di partecipazione dei dirigenti alla vita aziendale che, attraverso un patto dichiarato, sono resi partecipi ed adotti dei valori e dei principi su cui si basa l'organizzazione aziendale, essendone responsabilizzati in prima persona. In tale conteso la valutazione di tutto il personale si configura anche come una delle leve per affrontare i processi di cambiamento orientati al raggiungimento dei risultati in ambito aziendale, da cui dipende l'incentivazione per variazione dei risultati raggiunti. …".

Ulteriormente la citata DGR del 30/6/2010 sottolinea come (pag. 9) l'applicazione della L. c.d. Brunetta debba essere considerata una "sfida" per poter beneficiare delle opportunità di tale riforma e "l'avvio di una fase di rinnovamento della valutazione che coinvolga tutto il SSR, gli Enti e le Società Regionali …" confermando il costruendo modello regionale della valutazione.

## NOTA 6

In effetti particolarmente apprezzato è il "testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" assunto con Legge Regionale 30/12/2009 n. 33 (BURL 31/12/2009 – supplemento al n. 52) che ha organicamente riunito e disciplinato la normativa sanitaria di riferimento.

## NOTA 7

Con direttiva regionale del 15/04/2002 (prot. H1.2002.0022792) sono state già disciplinate;

| | |
|---|---|
| 1) | IL MODELLO AZIENDALE DI VALUTAZIONE DELLA DIRIGENZA |
| 2) | NORMATIVA DI RIFERIMENTO:<br>- D.LGS 29/93<br>- D.LGS 502/92<br>- D.LGS 286/99<br>- CCNL |
| 3) | L'OGGETTO DELLA VALUTAZIONE |
| 4) | I TEMPI DELLA VALUTAZIONE |
| 5) | SOGGETTI DELLA VALUTAZIONE:<br>- NDIV<br>- COLLEGI TECNICI<br>- COMITATO DEI GARANTI |
| 6) | LE CONSEGUENZE DELLA VALUTAZIONE |

## NOTA 8

Non si può invero non ricordare il granitico art. 31 (Verifica dei risultati e delle attività dei dirigenti) del CCNL 1998-2001 della dirigenza, sia medica che SPTA (G.U. n. 170 del 22/7/2000) –a cui si rinvia naturalmente- in cui sono state ripartite le competenze valutative fra il Nucleo di Valutazione (risultati) ed i Collegi Tecnici Aziendali (incarichi dirigenziali).

## NOTA 9

Le direttive regionali del 21/12/2005 hanno definito le caratteristiche per identificare un processo di valutazione efficace fornendo criteri e definizioni più evoluti rispetto a:

1) Progettazione di sistemi e metodologie
2) Conoscenza e consapevolezza chiara
3) Preventiva definizione dei valutatori
4) Trasparenza delle procedure e dei meccanismi
5) Definizione iniziale e presentazione formale
6) Assegnazione formale di obiettivi individuali gestionali e di obiettivi individuali professionali
7) Monitoraggio costante
8) Consuntivazione
9) Individuazione azioni organizzative, professionali e formative, che favoriscano il miglioramento
10) Formazione dei valutatori

## NOTA 10

Le predette direttive regionali hanno chiaramente ribadito che: "La valutazione deve essere intesa come processo che contribuisce al miglioramento organizzativo, gestionale e qualitativo del lavoro svolto e come un sistema operativo attraverso il quale è possibile coinvolgere tutti i collaboratori, rendendoli informati e partecipi di valori e principi dell'organizzazione aziendale".

## NOTA 11

I principi che devono essere presenti nei sistemi di valutazione delle aziende sono:

- *la conoscenza e consapevolezza chiara, al momento della firma del contratto individuale, da parte di tutti gli interessati (valutati e valutatori), dei criteri e delle regole che disciplinano i sistemi di valutazione adottati,*
- *l'identificazione dei parametri di valutazione*
- *la preventiva definizione dei valutatori,*
- *la trasparenza delle procedure e dei meccanismi di valutazione*
- *la definizione iniziale e la presentazione formale a tutto il personale degli obiettivi regionali, aziendali e di articolazione organizzativa da raggiungere*
- *il monitoraggio costante dello stato di avanzamento di tutti gli obiettivi*
- *l'adeguata formazione dei valutatori*

## NOTA 12

Vedi NOTA 5

## NOTA 13

Trattasi del Direttore di Funzione Specialistica Organizzazione e Personale.

## NOTA 14

Legge regionale 6/8/2010 n. 14 "Interventi di razionalizzazione sul sistema regionale" (BURL Regione Lombardia 10/8/2010).

## NOTA 15

La DGR n. 000351 del 28/7/2010 è stata per altro già pubblicata su questa rivista (n. 3/2010).

## NOTA 16

In tale avviso (a cui si rinvia) sono stati definiti la durata dell'incarico, il trattamento economico, le incompatibilità e le modalità di presentazione della candidatura oltre che, naturalmente, le competenze che gli esperti debbono possedere.

## NOTA 17

Il punto 2 del dispositivo della DGR n. 000892 del 1/12/2010 prevede infatti che all'O.I.V. Regionale, pur integrato dai Direttori di vertice della Sanità –e della Famiglia per le ASL-, procede alla valutazione degli obiettivi di sviluppo attribuiti ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e ciò in sintonia "con il sistema di valutazione regionale" ad ulteriore comprova dell'unicità del sistema regionale e del modello definito per i processi di valutazione.

## NOTA 18

L'OIV è infatti stato nominato con la predetta DGR 0001029/2010 "Provvedimento Organizzativo 2010 in occasione della nomina degli altri organismi regionali ribadendo che l'OIV "in Regione Lombardia prevede funzioni a beneficio della Giunta e di tutto il Sistema Regionale in quanto è previsto come organo unitario per lo sviluppo del sistema Regionale".

## NOTA 19

In particolare l'art. 6 del citato documento Brunetta prevede ben n. 14 punti a cui corrispondono altrettanti corposi e rilevanti funzioni in capo alla CIVIT (cfr.).

## NOTA 20

L'O.I.V. Regionale svolge le proprie funzioni sia per i dipendenti regionali (come si è visto in precedenza) che per i dipendenti del S.S.R. (Servizio Sanitario Regionale) attraverso i N.V.P. aziendali.

## NOTA 21

Infatti l'art. 5, 4° comma, del decreto n. 4914 del 31/05/2011 del Direttore di Funzione specialistica Organizzazione e Personale prevede che "I componenti esterni dei Nuclei di Valutazione delle Prestazioni non sono sottoposti al vincolo numerico degli incarichi".

## NOTA 22

L'allegato C, della DGR citata, infatti prevede tale qualificazione del componente (regionale e non solo del settore sanitario) fra le "Direttive agli Enti Sanitari di cui all'All. 1, sez. II, art. 1 della L.R. 30/2006.

## NOTA 23

La circolare regionale citata ha infatti fornito indicazioni operative rispetto alla DGR 1/12/2010 n. IX/937 riservandosi di emanare (pag. 21) nel corso del 2011 linee guida di indirizzo regionale al fine di garantire una omogenea applicazione del D.Lgs. 150/'09, linee di indirizzo infatti poi successivamente emanate (NOTE 25, 26 e 27).

## NOTA 24

DGR n. IX/937 del 01/12/2010 ("determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2011 …") a seguito della quale è stata emanata la circolare applicativa precitata (NOTA 23).

## NOTA 25

Vedi DGR n. IX/1596 del 20/04/2011 (p. 1 del dispositivo) che fissa i compensi massimi (€ 13.500,00 per i Presidenti ed € 10.500,00 per i componenti) entro i quali i Direttori Generali sono chiamati a fissare l'entità (in relazione alla complessità aziendale).

## NOTA 26

Decreto n. 4914 del 31/05/2011 del Direttore di Funzione Specialistica Organizzazione e Personale.

## NOTA 27

Il punto 6 del Decreto di cui alla Nota 26 prevede naturalmente che:

- *Ciascun Ente dovrà formalizzare le modalità di funzionamento del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni con successivo inoltro all'Organismo Indipendente di Valutazione*
- *All'interno del regolamento del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni dovranno essere definite le funzioni dei Nuclei stessi secondo le specifiche esigenze organizzative del singolo Ente. In ogni caso dovranno essere previste le seguenti funzioni:*

## NOTA 28

Tali linee guida dovrebbero disciplinare:

1. DOVERI DEL VALUTATORE
2. RAPPORTI CON IL COMMITTENTE
3. ATTEGGIAMENTO NEI CONFRONTI DEI DESTINATARI DELLE POLITICHE OGGETTO DI VALUTAZIONE
4. ATTEGGIAMENTO NEI CONFRONTI DELLA COMUNITÀ DEI VALUTATORI
5. ATTEGGIAMENTO NEI RAPPORTI CON LE ALTRE PROFESSIONALITÀ COINVOLTE NEL PROCESSO DI VALUTAZIONE

I principi guida dell'attività di valutazione potrebbero essere:

1. INDIPENDENZA DI GIUDIZIO
2. ADEGUATEZZA DELLE PRESTAZIONI
3. TRASPARENZA DEL PERCORSO SEGUITO
4. INFORMAZIONE CORRETTA
5. PLURALISMO METODOLOGICO
6. DISTINZIONE DEI SOGGETTI IMPLICATI NELLA VALUTAZIONE

## NOTA 29

Infatti l'art. 14 del Decreto Brunetta, al 2° c., prevede che l'OIV svolga altresì le funzioni di supporto all'organismo decisionale rispetto alla strategia aziendale.

## NOTA 30

Vedasi nel dettaglio i due Decreti del Direttore di Funzione Specialistica Organizzazione e Personale, della Regione Lombardia, n. 10301 del 13/10/2010 e n. 13591 del 23/12/2010 rispettivamente riguardanti le metodologie di valutazione delle prestazioni della dirigenza e del comparto.

## NOTA 31

Vedi il Decreto Ministero Sanità del 30/12/2010 nonché il relativo Manuale Operativo.

www.valutareinsanita.it