

# THEMA

*Protagonisti della sanità* numero 2 2010

DOMENICO ALESSIO  
FRANCESCO BUONOCORE  
ERMES CARLINI  
PIERLUIGI TOSI  
STEFANIA MELENA  
ANNA MARIA MARATA

*La valutazione  
della performance  
in sanità*



## Fuori Thema

Gli indicatori di misurazione della performance, in una realtà che vede attuarsi sempre più la trasformazione dell'ospedale pubblico da luogo di cura indifferenziato a struttura di alto contenuto specialistico collegata ai bisogni del territorio, non possono più limitarsi al numero di posti letto e ricoveri effettuati.

Serve un approccio pluridimensionale in grado di quantificare efficienza ed efficacia, ma anche appropriatezza, sicurezza ed equità per coniugare i puri aspetti economici e di programmazione con la qualità dell'offerta clinica.

L'orientamento innovativo è quello di garantire, anche nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, la presa in carico globale dell'assistito grazie a una forte integrazione tra le diverse professionalità e strutture organizzative. Non più quindi una valutazione separata delle singole unità operative, ma una considerazione dell'intero percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale al quale il singolo paziente è stato indirizzato. In questo senso un ruolo importante nella valutazione della performance lo svolgono anche i pazienti, nel momento in cui acquistano importanza gli studi sulla qualità percepita.

## THEMA numero 2 2010

Supplemento al n. 2 - 2010 di *Politiche sanitarie*  
[www.politichesanitarie.it](http://www.politichesanitarie.it)

**Direttore responsabile:** Giovanni Luca De Fiore

**Redazione:** Mara Losi

Il Pensiero Scientifico Editore srl  
Via San Giovanni Valdarno, 8 - 00138 Roma  
[www.pensiero.it](http://www.pensiero.it)  
[pensiero@pensiero.it](mailto:pensiero@pensiero.it)

**Progetto grafico e impaginazione:** Typo, Roma

**Immagini:** ©2010 Photos.com

**Stampa:** Arti Grafiche Tris  
Via delle Case Rosse, 23 - 00131 Roma  
Finito di stampare il 30 giugno 2010

© Il Pensiero Scientifico Editore srl  
La riproduzione e la divulgazione dei contenuti di *Thema* sono consentite fatti salvi la citazione esaustiva della fonte e il rispetto dell'integrità dei dati utilizzati.



La caratteristica pluridimensionale della performance  
**DOMENICO ALESSIO**



Il ruolo della struttura ospedaliera nella valutazione della performance  
**FRANCESCO BUONOCORE**



Obiettivi, utilità e target degli indicatori di valutazione della performance  
**ERMES CARLINI**



Le dimensioni chiave di un sistema di valutazione della performance sanitaria: efficacia, sicurezza e appropriatezza  
**PIERLUIGI TOSI**



Le novità della balanced scorecard  
**STEFANIA MELENA**



Il ruolo dei farmaci innovativi  
**ANNA MARIA MARATA**



# La caratteristica pluridimensionale della performance



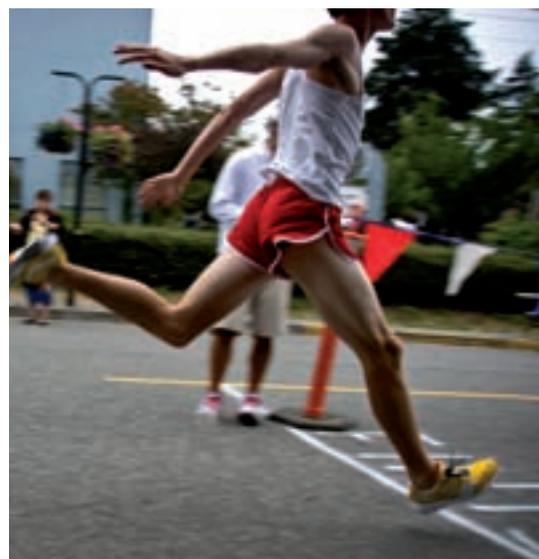
INTERVISTA A  
**DOMENICO  
ALESSIO**  
Direttore Generale,  
AO San Filippo Neri, Roma

**L'ospedale svolge un ruolo importante nell'ambito delle strategie politiche da attuare per migliorare il livello dell'assistenza sanitaria nel nostro Paese. Le due misure normalmente utilizzate per rappresentarne la consistenza dell'offerta e dell'attività sono il numero di posti letto e di ricoveri effettuati. Ritiene siano indici ancora soddisfacenti o che sia necessaria una nuova misura dell'attività ospedaliera che tenga conto delle differenti complessità cliniche affrontate da ogni singolo ospedale?**

Partirò dal riferimento all'art. 32 della Costituzione, norma per eccellenza ovvero la più alta, in posizione apicale, del sistema normativo della sanità: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività". Con ciò voglio dire che la tutela della salute esprime, nel di-

segno costituzionale, la più generale aspirazione del legislatore alla promozione della persona umana, che si realizza facendo coincidere il fine del benessere individuale con quello sociale e collettivo. In tal senso, si evidenzia il ruolo sociale dell'attività del direttore generale di azienda sanitaria e ospedaliera, un ruolo delicato e difficile in quanto a questa figura spetta il compito di conciliare economicità ed efficacia della gestione.

Da tempo, a livello internazionale, è in uso misurare l'efficacia della risposta basandosi su standard diversi dal numero dei posti letto in dotazione e delle giornate di degenza e/o numero dei ricoveri complessivi. La complessità dell'organizzazione sanitaria, il progresso in campo medico-scientifico, unito alla superspecializzazione e capacità tecnologica, ci inducono a puntare su parametri differenziati rispetto alle risposte da fornire. Questo però non deve indurci a pensare che si possano proporre di punto in bianco tagli indiscriminati e raziona-



menti delle prestazioni, specie per quanto attiene ai centri sanitari di eccellenza. Per essere chiaro, voglio rifarmi a recenti orientamenti del Consiglio di Stato e del TAR in merito alla responsabilità dirigenziale che man mano si è trasformata in responsabilità di risultato. Ebbene, si afferma sempre più l'idea che alla logica del burocrate si sostituisca la logica del manager, ovvero non solo carte a posto, ma obiettivi raggiunti. In questo senso, se alla parola carte sostituiamo conti e al posto di obiettivi pensiamo al bene supremo della salute, il gioco è fatto. Non sarà certo il numero di posti letto a disposizione o le giornate di

degenza e i ricoveri a garantirmi più salute per i miei assistiti: un'organizzazione efficiente, cure mirate, professionisti di provata affidabilità, tecnologie all'avanguardia, umanizzazione delle cure, controllo del dolore e molti altri fattori sono senza dubbio più consoni ad assicurare la garanzia di un buon risultato. Di fatto, però, l'efficienza e il rispetto dei livelli economici si raggiungono soltanto attraverso un'attenta programmazione capace di coniugare aspetti economici e di qualità clinica. In altri termini, la performance in sanità ha una dimensione intrinsecamente pluridimensionale (efficienza, efficacia, appropriatezza, qualità, equità, etc.) e non può essere ridotta alla mera misura di parametri di offerta quali i posti letto o i ricoveri effettuati.

**Nell'ottica della riorganizzazione della rete ospedaliera, l'ospedale pubblico si sta trasformando sempre più da luogo indifferenziato di cura a struttura di più alto contenuto specialistico. A che punto è questa trasformazione nella sua Regione?**

La Regione Lazio dal punto di vista dell'offerta sanitaria è sicuramente all'avanguardia in quanto sede di importanti policlinici universitari, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, aziende ospedaliere di rilievo nazionale e alta specializzazione di primaria importanza, tra cui il San Filippo Neri. Per dare un'idea vorrei illustrare il ruolo svolto dall'azienda che con orgoglio mi trovo a dirigere, nell'area di Roma, del Lazio e del Centro Sud.

*Efficienza e rispetto dei livelli economici si ottengono solo attraverso un'attenta programmazione capace di coniugare aspetti economici e di qualità clinica*

Si pensi che al San Filippo si registra oltre il 50% dei ricoveri di residenti nel territorio della Asl Roma E e più del 15% di quelli della Roma F (Bracciano-Civitavecchia), così come una percentuale altrettanto consistente di residenti nel territorio che fa capo alla Asl di Viterbo. Dal Sud, specie dalla Calabria, Basilicata e Puglia si registrano o provengono notevolissime presenze. Prova evidente che da noi operano professionisti di sicuro valore e prestigio. Proprio per il consenso che questo ospedale riscuote e i riconoscimenti che pervengono da parte dei pazienti, siamo stimolati a fare sempre meglio. Non dimentichiamo le chirurgie del nostro ospedale che tutti ci invidiano, specie quella 'generale e oncologica' diretta dal Professor Giovan Battista Grassi e quella di Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica del Professor Mauri-

zio Valeriani, per non parlare della Cardiologia e della Radioterapia. Non voglio entrare nel particolare per non fare torto a nessuno, altrimenti sarei costretto a leggere un elenco di professionisti, tutti di alto prestigio, che operano in ospedale. Sicuramente, per offrire una risposta adeguata dobbiamo valorizzare le alte professionalità e puntare sempre di più sulle eccellenze. Ma mi preme sottolineare che per mantenere tali livelli di efficienza, peraltro legati a un Dea di secondo livello e ad una struttura ospedaliera di rilievo nazionale e di alta specializzazione, necessitano investimenti adeguati, protesi, supporti, ausili di ultima generazione, necessari specie per le chirurgie (cardiovascolare, ortopedica, neurochirurgia, etc.). È richiesto un grande impegno in termini di risorse e competenze se vogliamo rispondere alle mutate esigenze della cittadinanza sempre più attenta all'innovazione tecnologica e all'efficienza. Ed è proprio per corrispondere a queste esigenze che molte volte i Drg (le remunerazioni) non coprono neppure i costi delle sole protesi, senza tener conto di tutte le altre spese di gestione aziendale. Esercitare il ruolo di direttore generale di importanti strutture ospedaliere come la nostra (600 posti letto più circa 200 posti di day hospital, oltre 40.000 accessi l'anno al Pronto Soccorso, dei quali un consistente numero di codici rossi, oltre a una richiesta crescente di prestazioni mediche e diagnostiche), è un mestiere già difficile in tempi tranquilli e senza scosse. Ricoprire tale ruolo in un contesto di sanità commissariata, con il sacrosanto, ma costante assillo del rientro dal deficit, diventa ancora più

difficile. Mi preme ripetere, fino allo sfinimento, che al direttore generale spetta comunque l'obbligo giuridico di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, i cosiddetti Lea, altrimenti viene meno lo scopo della sua missione e potrebbe incorrere in gravi responsabilità anche di carattere penale.

**Quali esperienze di valutazione della performance sono state avviate nel suo ospedale?**

Anche in questo caso, come per tutte le tematiche che investono la riorganizzazione aziendale, stiamo dando grande importanza alla misurazione della qualità, demandata alla UOS Formazione e Qualità. L'Azienda San Filippo Neri, attraverso l'azione della Direzione Strategica, ha implementato processi di auditing, dipartimento per dipartimento ed UOC per UOC, centrati sulla verifica della performance, con particolare attenzione agli indicatori di qualità e di equità di accesso. Vogliamo inoltre dare grande spazio alle indagini sulla qualità percepita, da realizzare attraverso la collaborazione con l'Ufficio relazioni con il pubblico che già ha prodotto, in collaborazione con Cittadinanzattiva, l'Audit Civico, i cui risultati sono stati resi noti a giugno e che ci ha riconosciuto come azienda di primo piano per l'attenzione che riserviamo alla gestione del dolore acuto e cronico attraverso uno specifico protocollo. ■

# Il ruolo della struttura ospedaliera nella valutazione della performance



INTERVISTA A  
**FRANCESCO BUONOCORE**

Direttore Sanitario,  
Azienda ULSS n. 21, Legnago

**Quali considera i migliori indicatori per misurare la consistenza dell'offerta e la qualità dell'assistenza sanitaria?**

Per misurare la consistenza dell'offerta e l'attività dell'assistenza sanitaria, il numero dei posti letto e i ricoveri effettuati sono indicatori utili, ma ormai non più sufficienti in quanto servono sempre di più indicatori che possano descrivere l'offerta garantita ai cittadini anche in relazione allo specifico ruolo/missione della struttura ospedaliera contestualizzato nell'ambito di una rete provinciale e regionale.



## *L'approccio sull'analisi dei costi deve essere incentrato sull'utente e sul suo percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale piuttosto che sulla singola unità operativa*

La capacità di risposta del setting assistenziale ospedaliero può essere monitorata ricorrendo infatti ad un'ampia gamma di indicatori di tipologie diverse.

A tale proposito, si possono ricordare gli indicatori proposti dal Ministero della Salute per l'anno 2008 ricondotti a:

- ▶ indicatori di efficienza, che si focalizzano sulla degenza media dei ricoveri ordinari per acuti (con distinzione tra ricoveri con Drg medici e ricoveri con Drg chirurgici) e in particolare sulla degenza media totale, pre e postoperatoria; a questi vanno aggiunti il tasso di occupazione, il tasso di rotazione e il turnover dei posti letto;
- ▶ indicatori di appropriatezza dell'area chirurgica tesi, per esempio, a rilevare la percentuale di ricoveri con intervento, la diversa durata della degenza rispetto alle tecniche laparoscopiche meno invasive e il corretto utilizzo del setting di degenza diurna rispetto a quella a ciclo continuo per alcune tipologie di interventi;
- ▶ indicatori di appropriatezza dell'area medica, che rilevano la percentuale di ricoveri diurni e di ricoveri ordinari brevi per sole procedure diagnostiche che potrebbero essere erogate in ambu-

latorio e il numero di ricoveri riconducibili ai cosiddetti Drg Lea; ricoveri ripetuti per stessa 'maggiore categoria diagnostica';

- ▶ indicatori relativi alla qualità clinica delle prestazioni erogate: percentuale di parti cesarei, percentuale di ricoveri ripetuti per la stessa macro-categoria di diagnosi (MDC) entro 30 giorni dal primo ricovero in qualsiasi altra struttura; percentuale di fratture di femore operate entro 2 giorni dall'ammissione, percentuale di fughe ponderata per peso;
- ▶ un'altra classe di indicatori è stata messa a punto dall'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) al fine di offrire informazioni evidence-based sugli esiti dell'assistenza sanitaria, sui suoi costi e sulla possibilità di accedere ai servizi medici, al fine di favorire l'assunzione di decisioni cliniche basate sulle prove e migliorare la qualità dell'assistenza erogata, partendo dall'analisi dei database amministrativi: Patient Safety Indicators (PSI), che si concentrano sulle complicanze post-chirurgiche e sugli eventi iatrogeni; Prevention Quality Indicators (PQI), che hanno per oggetto il numero dei ricoveri ospedalieri che gli studi di efficacia hanno definito

come evitabili; Pediatric Quality Indicators (PQI), che valutano la qualità delle cure prestate ai pazienti pediatrici.

### **Riorganizzazione della rete ospedaliera. A che punto è questa trasformazione nella sua Regione?**

In Veneto la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera si sta concretizzando con la realizzazione, avviata con il DGR 3223/2002, di una rete di ospedali composta da:

- ▶ ospedali per acuti, articolati in base alla diversa complessità organizzativa in aziende ospedaliere, ospedali di capoluogo di provincia e ospedali di rete;
- ▶ ospedali detti 'integrativi della rete', dedicati all'assistenza dei post-acuti e all'assistenza riabilitativa estensiva.

La Regione Veneto, sempre nell'ottica di collegare e sfruttare al meglio le potenzialità di ogni singolo ospedale in rapporto con gli altri ospedali della Regione, ha dato vita alle reti del tipo 'Hub and Spoke', che prevedono l'effettuazione degli interventi più complessi in centri di eccellenza (Hub) messi in rete con una serie di terminali di accesso in centri subordinati (Spoke). Sono state infatti attivate ad oggi tre importanti Reti in Veneto:

- ▶ la Rete regionale integrata per l'emergenza in cardiologia pediatrica (DGR n. 2190 dell'8/08/2008);
- ▶ la Rete integrata per la gestione e il trattamento dell'ictus in fase acuta (DGR n. 4198 del 30/12/2008);
- ▶ la Rete integrata intraospedaliera per il trattamento in emer-

genza dell'infarto miocardico acuto (IMA) (DGR n. 4550 del 28/12/2007).

L'Ospedale Mater Salutis di Legnago è stato individuato come uno dei centri di riferimento (Hub) della Rete integrata per il trattamento dell'infarto miocardico acuto e come Unità ictus di primo livello della Regione Veneto.

Considerando che il ricorso al livello di assistenza ospedaliera deve essere sempre più riservato alle patologie acute e a quella casistica complessa che richiede l'utilizzo di dotazioni strutturali, tecnologiche e professionali avanzate, resta aperta la problematica della destinazione futura e della eventuale riconversione di quelle strutture ospedaliere che per dotazioni, quantità e tipologie di prestazioni erogate non possono reggere il passo con il rapido e continuo aggiornamento scientifico e con le conseguenti aspettative dei

cittadini. L'ospedale resta uno snodo fondamentale, ma la presa in carico dell'assistito implica il coinvolgimento di più attori.

Fondamentale a tale riguardo è farsi sì che gli anziani rimangano nell'ambito familiare, con la loro lingua (dialetto), i loro cibi e le loro abitudini il più a lungo possibile. È necessario che si formi un'alleanza interdipendente e interconnessa tra medico specialista ospedaliero, che deve intervenire nei casi urgenti recandosi se possibile a casa del paziente, e medico della medicina di base, che deve farsi carico delle patologie curabili a casa, dando la possibilità al paziente di accedere ad esami specialistici nell'ospedale di riferimento con percorsi facilitati e nel minor tempo possibile. Ogni allontanamento da casa è un grande trauma per il paziente e per la famiglia, che vuole sentire vicino il paziente ammalato come parte inte-

grante della propria esistenza. Punto fondamentale è la figura dell'infermiere definibile 'infermiere di famiglia', persona insostituibile sia sul versante pratico-assistenziale e organizzativo sia su quello relazionale e comunicativo. L'obiettivo deve essere la 'presa in carico del paziente' facendo da tramite tra territorio e ospedale. Si potrebbero ridurre i posti letto per acuti e migliorare la vita nelle sue fasi finali. L'ospedale deve rappresentare l'ultima spiaggia e non la prima.

### **Quali esperienze di valutazione della performance sono state avviate nel suo ospedale?**

L'approccio innovativo che si sta cercando di introdurre nell'ambito dell'assistenza ospedaliera parte dalla necessità di garantire la presa in carico globale dell'assistito con forte integrazione tra le diverse professionalità e strutture organizzative. Da ciò discende un'analisi per processi dove la creazione del valore (prodotto o servizio) non può essere impostata in modo gerarchico, di verifica per singola unità operativa. Il rischio, infatti, è quello di avere singole funzioni aziendali che raggiungono tutti gli obiettivi, ma che paradossalmente concorrono solo marginalmente alla creazione di un risultato intermedio coerente con l'output finale. Per esempio, l'approccio sull'analisi dei costi non è più incentrato sulle strutture eroganti, ma sull'utente e sul singolo episodio di ricovero ad esso riferito con l'individuazione di un budget, di una responsabilità e di indicatori per percorso diagnostico-terapeutico assistenziale e non solo di unità operativa. ■





# Obiettivi, utilità e target degli indicatori di valutazione della performance

INTERVISTA A

**ERMES CARLINI**

Direttore Direzione Medica,  
Azienda Ospedaliero-Universitaria  
di Ferrara

**Quali sono, secondo lei, gli indicatori essenziali di un sistema di valutazione della performance, dei quali tener conto per innescare un processo virtuoso di miglioramento continuo della sanità pubblica?**

L'attuale assetto aziendalistico e federalista del sistema sanitario del nostro Paese e l'enfasi, posta anche in ambito sanitario, sulla valutazione della performance, fatta registrare con l'emanazione del D.Lgs. 27/10/2009 n. 150, rende non eludibile il corretto uso di una mole di dati inerenti la salute, sempre più attendibili e consolidati nel tempo, in grado di aiutarci a capire se le nostre azioni, sul piano operativo, clinico, scientifico e professionale, ma anche su quello politico-strategico, sono in linea o si discostano dagli obiettivi posti di miglioramento continuo del sistema salute, collocato nell'ambito di un modello di tutela universalistico.

Ovvero in un contesto che abbia come principi cardine la solidarietà, l'equità, l'accessibilità, la copertura assistenziale globale seppure in una logica di sostenibilità, e la natura pubblica del servizio sanitario.

Occorre rimarcare, purtroppo, come a tutt'oggi permanga un rilevante divario tra i sistemi informativi delle Regioni del Nord e del Sud. E ciò ostacola considerevolmente la possibilità di sviluppo di un sistema nazionale di valutazione della performance dei servizi sanitari.

Come questione primaria permane la volontà, oggi espressa dal legislatore per le pubbliche amministrazioni e che deve essere esplicita, ribadita e praticata ad ogni livello, di implementare sistemi di valutazione della performance quali strumenti di governo dei sistemi sanitari regionali.

Negli ultimi anni si è particolarmente sviluppata anche la discussione relativa a quali tecniche di analisi statistica e a quali tipologie di rappresentazione dei fenomeni

ricorrere, affinché l'elaborazione e la rappresentazione degli indicatori risulti più efficace in rapporto ai diversi utilizzatori. In poche parole occorre chiedersi quale utilità devono avere gli indicatori e per chi. Posto che occorre individuare per quali obiettivi intendiamo implementare i sistemi di monitoraggio, questi possono essere diversi in relazione ai diversi livelli decisionali coinvolti (governo politico-strategico, manageriale-gestionale, clinico-professionale, stakeholder, etc.). Come priorità dovremo stabilire come allocare le risorse disponibili. Ma anche cercare di individuare i cambiamenti in corso sulla base dei quali definire nuovi obiettivi.

È pressante l'esigenza di responsabilizzare chi assume le decisioni, di assegnare premi e stabilire penalizzazioni per migliorare la qualità e l'efficienza dei processi.

Per questo abbiamo la necessità di effettuare comparazioni continue con i riferimenti migliori (*benchmarking*).

I fenomeni che dobbiamo porre sotto attenta e continua osservazione devono essere comprensibili e condivisibili, riflettere aspetti chiave dell'assistenza sanitaria, essere numericamente limitati. Devono cioè essere desumibili dai flussi informativi che già abbiamo a disposizione (banche dati regionali, bilanci aziendali, rilevazioni statistiche sistematiche a livello aziendale, valutazioni ad hoc, etc.).

Soprattutto, dobbiamo definire chi è preposto ad assumere decisioni e a porre in essere gli interventi di modifica che si dovessero rendere necessari. Verificando che tale azione decisionale, avendo gli strumenti per farlo, sia effettivamente svolta.

I fenomeni esaminati devono essere stabili nel tempo ed espressivi di una logica di sistema, e rientrare in una prospettiva di SSN/SSR.

Infine, devono promuovere e sviluppare sistemi di confronto e autovalutazione sia per quanto riguarda l'organizzazione sanitaria nel suo insieme sia coinvolgendo in maniera specifica tutti gli operatori.

### Quali fenomeni monitorare?

Facciamo qualche esempio:

1. lo stato di salute della popolazione di riferimento;
2. il governo della domanda e il grado di risposta che il sistema sanitario è in grado di fornire;
3. il processo di erogazione dei servizi (ospedale e territorio);
4. i rischi di carenza o di eccesso di 'consumo' sanitario;
5. l'equità e l'accessibilità ai servizi sanitari;
6. gli aspetti di *safety* e *risk management* nei confronti di operato-

- ri, cittadini assistiti e ambiente;
7. l'equilibrio economico-finanziario.

### Come? Attraverso quali indicatori?

Per ciascun fenomeno, ne indicheremo solo alcuni:

1. **a.** la mortalità infantile;  
**b.** la mortalità materna;  
**c.** la mortalità per malattie circolatorie;  
**d.** la mortalità per tumore;
2. **a.** i tassi di ospedalizzazione;  
**b.** l'adesione agli screening;  
**c.** l'adesione alle campagne vaccinali;
3. **a.** la degenza media;  
**b.** i tempi di attesa per prestazioni specialistiche;  
**c.** la percentuale di parti cesarei;
4. **a.** i ricoveri inappropriati;  
**b.** i ricoveri preventivi e procedure diagnostiche e terapeutiche non giustificate dal punto di vista clinico;  
**c.** la mobilità passiva per ricoveri non di alta specialità;
5. **a.** i tempi di attesa per ricovero;  
**b.** la continuità assistenziale post-ricovero (lungodegenza postacuzie, residenze socioassistenziali) per fasce deboli di popolazione;  
**c.** i tempi di intervento del 118;
6. **a.** le infezioni correlate all'assistenza;  
**b.** il tasso di infortunio dei dipendenti;  
**c.** la raccolta differenziata dei rifiuti, scarichi, emissioni in atmosfera;
7. **a.** il tasso di obsolescenza tecnica;  
**b.** gli indicatori di efficienza prescrittiva farmaceutica;  
**c.** l'indice di rinnovo degli investimenti.

In un'ottica più aziendale, che coinvolge direttamente il management ed i professionisti delle aziende sanitarie, permangono validi i principali e tradizionali indicatori sanitari, basati sull'efficienza e sulla dimensione 'quantitativa' e qualitativa della produzione ospedaliera e sanitaria in generale (disponibilità di strutture e risorse, durata media di degenza, tasso di occupazione dei posti letto, indice di turnover, indice di rotazione dei posti letto, case-mix), gli indicatori economico-gestionali (analisi e valutazione degli indici di bilancio) e competitivi (valutazione di *benchmarking* e 'posizionamento' rispetto ai riferimenti 'virtuosi' a livello regionale).

Dal momento che lo sviluppo di indicatori di performance è tra gli strumenti di *clinical governance*, la costruzione di un sistema aziendale permette di governare i processi clinico-organizzativi all'interno dell'azienda e di individuare le aree di miglioramento.

È necessario monitorare non solo il rapporto di spesa, ma anche l'efficienza e l'efficacia dei percorsi clinico-assistenziali, interni, fra ospedale e territorio, di rete regionale, nazionale e, talvolta, transfrontaliera. L'analisi dei ricoveri ospedalieri consente di formulare valutazioni coerenti e continue, e di entrare in un confronto dialettico con i professionisti, grazie a strumenti consolidati quali i Drg. L'integrazione con altri strumenti, meno diffusi a livello nazionale (*disease staging*), consentirebbe valutazioni ancor più specifiche sulla complessità della casistica trattata e l'impiego/bisogno di risorse.

Possiamo affermare di avere informazioni e capacità di analisi per quanto riguarda l'appropriata erogazione dell'attività specialistica ambulatoriale sia intra sia extra-ospedaliera? O per valutare i costi, l'efficienza e l'efficacia degli interventi erogati a livello territoriale (cure primarie) o riferiti alle attività di prevenzione o dei servizi sociali? In talune Regioni si stanno trasferendo ingenti risorse finanziarie verso questi livelli di assistenza, ma con quali risultati?

I flussi informativi disponibili al riguardo presentano certamente caratteristiche di sporadicità e di non omogenea distribuzione sull'intero territorio nazionale, che rendono non facile l'analisi.

**In base alla sua esperienza, quanto influiscono nella valutazione della performance le misure di equità e accesso ai servizi sanitari e quanto incidono sulla programmazione dell'attività aziendale?**

Il bisogno di ri-orientare costantemente l'accessibilità ai servizi sanitari, tenendo conto della contestuale necessità di garantire il rispetto del principio dell'equità per tutti i cittadini che presentano un bisogno di salute, condiziona significativamente ogni livello delle organizzazioni sanitarie.

Anche la valutazione della performance, sia dell'organizzazione nel suo insieme (livello strategico-programmatico) che dei singoli professionisti (livello clinico-professionale), non può non tener conto di tali elementi.

Evidenze ormai consolidate indicano con chiarezza la correlazione diretta fra reddito ed accessibilità ai servizi sanitari in generale e a quelli ospedalieri in particolare.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara (AOUFE) ha avviato l'introduzione sistematica di indicatori di qualità ed efficacia tecnico-professionale già dal 2001.

Il sistema di valutazione realizzato consta attualmente di oltre 770 indicatori; entità verosimilmente ridondante, implementata anche in virtù dei processi di accreditamento che hanno coinvolto tutti i dipartimenti aziendali ad attività integrata. Nel novembre 2003 è stato organizzato, unitamente a SIQuAS-VRQ, il convegno internazionale *Introdurre gli indicatori di performance clinica nel Sistema Sanitario Nazionale* con lo slogan "Si può migliorare solo ciò che si può misurare".

Il Quality Indicator Project è stato avviato all'inizio del 1985 come progetto pilota nello Stato del Maryland (USA), su iniziativa di alcune direzioni ospedaliere che volevano integrare i propri dati economici con dati di performance clinica. Ad esso aderiscono più di 1100 ospedali diffusi in una quindicina di Paesi nel mondo.

Nel 2005 AOUE ha aderito al Progetto IQIP (International Quality Indicator Project) ed è diventata, dal 2007, capofila per il territorio nazionale.

Gli indicatori scelti in origine dall'azienda per la partecipazione al monitoraggio internazionale appartengono al set 'per acuti':

- ▶ parto cesareo;
- ▶ mortalità neonatale.

L'analisi di tali indicatori ha permesso di mettere sotto controllo l'obiettivo 'critico' aziendale del contenimento dei parti cesarei, posto da diversi anni a tutte le aziende sanitarie da parte della Regione Emilia-Romagna.

L'obiettivo della riduzione dei parti cesarei deve comunque trovare conferma e consolidamento anche alla luce del doveroso 'ascolto'/verifica dei bisogni femminili. Si cita in proposito lo sviluppo che sta registrando la medicina di genere nel nostro Paese e, sul piano operativo, l'implementazione e la diffusione delle tecniche di parto-analgesia.

In analogia con la Toscana, anche nella Regione Emilia-Romagna sono soggette a monitoraggio:

- ▶ le percentuali di parti cesarei in donne immigrate fra i 16 ed i 49 anni NTSV (primipare, a termine, con parto non gemellare e bambino in posizione di vertice);
- ▶ l'epoca gestazionale della prima visita delle cittadine straniere, che rappresenta un indicatore oggetto di monitoraggio nell'ambito dei servizi territoriali delle AUSL.

Le evidenze derivanti dall'analisi dei dati conseguenti hanno indotto la direzione del nostro ospedale a modificare le proprie strategie di 'comunicazione', rendendola più incisiva, e ad attivare funzioni dedicate a queste fasce di popolazione (accoglienza e mediazione culturale). Altre considerazioni esemplificative, che dimostrano lo stretto legame tra misure di equità e di facilitazione dell'accesso, valutazione e programmazione aziendale, riguardano il fenomeno dei 'tempi d'attesa' per fruire delle prestazioni sanitarie pro-

grammate (specialistica ambulatoriale, ricovero). Questi possono influenzare/determinare in maniera rilevante il ricorso alla libera professione medica oppure, in alternativa e in maniera inappropriata, ai servizi dedicati all'emergenza.

Oppure possono instaurarsi 'flussi migratori' per l'accesso alle prestazioni verso aree geografiche diverse da quelle di residenza, con le conseguenti implicazioni in termini di 'mobilità'/compensazioni economiche interaziendali ed interregionali. Di fronte a questi fenomeni è necessaria la rivalutazione del profilo epidemiologico e del bisogno di salute della popolazione di riferimento per porre in essere tempestivamente interventi di ri-orientamento. ■

# Le dimensioni chiave di un sistema di valutazione della performance sanitaria:

## efficacia, sicurezza e appropriatezza



INTERVISTA A

**PIERLUIGI TOSI**

Direttore Sanitario,  
Azienda Sanitaria di Firenze

**Quali sono, secondo lei, gli elementi chiave di un sistema di valutazione della performance e come vanno definite le aree di priorità sulle quali concentrarsi per garantire un continuo miglioramento dell'assistenza sanitaria?**

Il laboratorio Management e Sanità (MeS), su invito della Regione Toscana, ha elaborato un sistema di 291 indicatori per l'anno 2010 per la valutazione delle 12 aziende sanitarie e delle 4 aziende ospede-

daliere, analizzando sei dimensioni relative a: livelli di salute della popolazione, valutazione dell'efficienza operativa e della performance economico-finanziaria, valutazione sociosanitaria, valutazione esterna (indagini di *customer satisfaction*), valutazione interna (indagini relative al livello di soddisfazione interno), capacità di perseguimento degli orientamenti regionali. Con questo sistema è stato introdotto uno strumento in cui gli orientamenti strategici a lungo termine sono monitorati insieme agli obiettivi di breve periodo e dove il gover-

no della spesa è integrato con gli indicatori di risultato al fine di evidenziare il valore prodotto per il cittadino. Ma per meglio rispondere alla sua domanda mi preme precisare che le dimensioni chiave della valutazione della performance sono date dall'efficacia inerente la capacità di conseguimento degli esiti (*outcome*) auspicabili, dalla sicurezza – ossia da una dimensione strettamente correlata all'efficacia, sebbene distinta da questa per l'enfasi che pone sulla prevenzione de-

gli eventi non intenzionali avversi ai pazienti –, dall'appropriatezza inerente il grado in cui le cure sanitarie fornite sono rilevanti rispetto alle necessità cliniche, date le migliori evidenze correnti.

La sensibilizzazione dei professionisti su questi indicatori – e del *top management* nell'utilizzo delle risorse e nella loro riallocazione – permette di individuare le aree di priorità di intervento su cui concentrarsi sia in termini di efficienza che di qualità ed appropriatezza.

**Che ruolo hanno nella valutazione della performance le misure di equità e accesso ai servizi sanitari e quanto incidono, in base alla sua esperienza, sulla programmazione dell'attività aziendale?**

L'Azienda Sanitaria di Firenze ha scelto di inserire tali indicatori fra gli obiettivi di budget delle strutture aziendali sia ospedaliere che territoriali, responsabilizzando i



*filo diretto*



## Le novità della **balanced scorecard**

Intervista a  
**STEFANIA MELENA**

Responsabile Servizio Assistenza Farmaceutica, Direzione Politiche della Salute, Regione Abruzzo

**La Regione Abruzzo sta utilizzando la *balanced scorecard* quale strumento del piano di rientro per la formulazione degli obiettivi e la valutazione dei risultati. Può raccontarci in cosa consiste?**

La logica della *balanced scorecard* è tesa ad assicurare una maggiore integrazione tra la pianificazione di medio-lungo termine (o *programmazione strategica*) e la formulazione degli obiettivi annuali (*programmazione direzionale*), collegando gli obiettivi strategici a quelli di budget ed assicurando la massima consapevolezza degli attori interessati nella fase di formulazione degli obiettivi. La *balanced scorecard* (BSC) propo-

ne una lettura dei risultati (o performance) dell'azienda in modo bilanciato, utilizzando indicatori di differente natura 'polarizzati' rispetto alle seguenti prospettive:

- ▶ risultati, per esprimere le capacità dell'azienda;
- ▶ pazienti ed altri clienti, per misurare la percezione che i pazienti hanno dei risultati aziendali;
- ▶ processi interni, per misurare le capacità di eccellere nei processi gestionali assicurando l'appropriatezza economica, organizzativa e clinico-assistenziale;
- ▶ crescita e sviluppo, per sottolineare il perdurare nel tempo delle progettualità avviate.

Tra gli indicatori in grado di valutare la correttezza dei processi in-

direttori di dipartimento al raggiungimento di tutti gli obiettivi proposti dal MeS, facenti parte del sistema incentivante per la direzione aziendale. Per tali obiettivi, nei casi in cui la performance delle unità operative riconosca carenze organizzative, sono state attuate settimane di miglioramento rapido (settimane Kaizen); se invece il mancato raggiungimento degli obiettivi era dovuto all'incompleta implementazione delle *clinical pathways*, l'azione proposta

è stata una *peer review* fra le unità operative. Questo ha permesso l'allineamento allo standard per il 90% degli obiettivi ospedalieri. Oltre a questo, le misure di equità e accesso hanno determinato una reingegnerizzazione organizzativa che ha visto il paziente/utente posto al centro della fornitura di cure sanitarie (vedi progetto OLA 'Organizzazione Lean dell'Assistenza') con grande attenzione alla comunicazione e alla comprensione nella relazione clinico/paziente. ■



terni e quindi la capacità di garantire l'appropriatezza economica e clinico assistenziale, spiccano gli indicatori individuati per l'area farmaceutica.

### Quali sono gli indicatori di valutazione introdotti con la *balanced scorecard*?

Nel corso del 2009 la Regione Abruzzo ha individuato i seguenti indicatori.

Per la farmaceutica territoriale:

- ▶ percentuale di prescrizione farmaco generico/farmaco della medesima categoria terapeutica (ATC4);
- ▶ riduzione percentuale della spesa farmaceutica territoriale per i farmaci di classe A-SSN appartenenti al Prontuario della continuità assistenziale (PHT) non erogati attraverso la distribuzione diretta o per conto.

Per la farmaceutica ospedaliera:

- ▶ percentuale di utilizzo ospedaliero di farmaco generico/farmaco della medesima categoria terapeutica (ATC4);

▶ rispetto dei criteri di selezione dei principi attivi come disposto dal Prontuario Terapeutico Regionale;

▶ percentuale di acquisto di farmaci emoderivati dal Consorzio Interregionale plasma/farmaci emoderivati acquistati in seguito a gara aziendale;

▶ riduzione percentuale prescrizione *off-label* farmaci innovativi sottoposti a monitoraggio.

A titolo di esempio si esplicita il razionale sotteso alla scelta dell'indicatore – utilizzato sia nell'area territoriale che in quella ospedaliera – che valuta la percentuale di prescrizione farmaco generico sul totale del farmaco della medesima categoria terapeutica.

Come è noto, tra le politiche di contenimento della spesa farmaceutica rientrano le azioni finalizzate al mantenimento dei comportamenti prescrittivi – in base alle evidenze storiche disponibili e per categorie terapeutiche predefinite – dei principi attivi cosiddetti 'generici', anche successivamente alla perdita del brevetto.

In fase iniziale sono state individuate le categorie oggetto del monitoraggio; successivamente sono stati analizzati per ogni singola ASL i volumi prescritti di tutti i principi attivi della classe individuata. Gli obiettivi assegnati alle ASL sono stati quindi costruiti considerando sia i volumi storici di unità prescritte, immaginando su questi un riallineamento dei comportamenti verso le performance di eccellenza, sia i volumi di prescrizione attesi in ragione dei prodotti per i quali era prevista la scadenza nel corso dell'esercizio oggetto di programmazione.

La performance di categoria è determinata dal rapporto tra tasso di prescrizione farmaco generico effettivo su quello atteso. ■

# Il ruolo dei farmaci innovativi



Intervista a

**ANNA MARIA MARATA**

Responsabile Area Farmaci, CeVEAS, Modena

## **Quali sono gli elementi che consentono di valutare se un farmaco è realmente innovativo?**

L'innovatività di un farmaco può essere definita da vari punti di vista: si parla di innovazione farmacologica quando il nuovo farmaco presenta, per esempio, un nuovo meccanismo d'azione; quando invece di un principio attivo già noto viene

prodotta una diversa formulazione, una nuova via di somministrazione, etc. si parla di innovazione tecnologica. In realtà dal punto di vista clinico quello che conta è l'innovazione terapeutica e cioè la dimostrazione che il nuovo farmaco sia efficace per trattare una patologia fino a quel momento senza trattamento oppure sia più efficace o più sicuro rispetto ai trattamenti di-

sponibili o efficace su esiti più rilevanti dal punto di vista clinico. L'innovazione farmacologica o tecnologica rappresenta quindi solo una delle potenziali premesse di innovazione terapeutica. Ad esempio, è da considerare innovativo dal punto di vista terapeutico un farmaco in grado di ridurre la mortalità o gli eventi nell'ambito di una classe di farmaci che in precedenza si era dimostrata efficace solo su esiti surrogati. Il grado di innovatività di un farmaco può essere definito considerando e pesando gli elementi considerati innovativi.

## **È possibile fare un primo bilancio del sistema di riconoscimento dell'innovazione terapeutica potenziale messo a punto dall'AIFA con il documento approvato dalla Commissione Tecnico-Scientifica nel luglio 2007?**

Tutti i farmaci esaminati dall'AIFA dal 2007 ad oggi sono stati valutati sulla base dei principi enunciati nel documento ed in particolare attraverso l'applicazione di un originale



algoritmo sono stati identificati i farmaci innovativi o comunque dotati di potenziale innovatività; ciò ha consentito di definire per ognuno di essi diversi percorsi prescrittivi e specifiche strategie di monitoraggio degli eventi avversi, ed ha fornito importanti criteri per la definizione del prezzo e della rimborsabilità. Solo per un farmaco realmente innovativo dal punto di vista terapeutico dovrebbe essere giustificato un prezzo più elevato.

**Quali progetti sono stati avviati in Emilia-Romagna per offrire una corretta informazione sui farmaci a medici di medicina generale, medici specialisti, medici ospedalieri e farmacisti così da garantire una sempre maggiore appropriatezza delle prescrizioni?**

Dal 2001 è partito a Modena un progetto di informazione indipendente da noi coordinato, prevalentemente diretto ai medici di medicina generale, e, anche se più marginalmente, ai pediatri di libera scelta; il progetto, noto come 'farmacista facilitatore' è un intervento complesso che si propone di fornire una serie di informazioni allo scopo di favorire un confronto fra pari su argomenti di interesse clinico. Dal 2004 il progetto è stato esteso alla provincia di Bologna e successivamente alle altre aziende territoriali dell'Area Vasta Emilia Nord (Reggio Emilia, Parma e Piacenza). L'intervento avviene attraverso incontri periodici (attualmente due all'anno) nell'ambito dei Nuclei di Cure Primarie (NCP) condotti da un farmacista facilitatore prepara-

*La figura del farmacista facilitatore fa parte di un intervento complesso volto a migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e indirizzato in particolare ai medici di medicina generale con l'obiettivo di favorire il confronto tra pari su argomenti di interesse clinico*

to ad hoc in collaborazione col coordinatore del NCP e sotto l'egida delle Cure Primarie. Durante gli incontri, partendo dall'analisi di casi clinici, vengono presentati i 'Pacchetti informativi' CeVEAS e analizzata la prescrizione dei farmaci. La preparazione di ogni ciclo di incontri si articola in 4 momenti:

1. la preparazione dei pacchetti informativi CeVEAS su specifici argomenti clinici,
2. la produzione di reportistiche di consumo farmaceutico,
3. la formazione di farmacisti facilitatori sull'argomento oggetto del pacchetto informativo,
4. la presentazione in anteprima del pacchetto ai coordinatori dei NCP.

I 'Pacchetti informativi' CeVEAS dal 2006 sono una testata registrata che fa parte dell'International Society of Drug Bulletins (ISDB), network internazionale di bollettini sui farmaci non sponsorizzati dall'industria farmaceutica. Rappresentano un tipo di informazione indi-

pendente che, partendo da un confronto delle linee guida su uno specifico argomento di terapia, propongono un percorso critico di approfondimento dei più rilevanti studi clinici, che favorisce una lettura critica della struttura (quali popolazioni, interventi ed esiti sono stati studiati) e dei risultati (quali benefici e danni si possono attendere dall'uso dei farmaci). Contestualmente, vengono analizzate altre informazioni disponibili (commenti ed editoriali) o documenti prodotti da enti regolatori (come EMA e FDA). L'analisi dei dati di prescrizione, a livello locale e/o nazionale, fornisce infine la possibilità di un confronto tra prove scientifiche e la realtà prescrittiva.

Un recente studio randomizzato controllato eseguito dal CeVEAS (Studio INFANT) ha confermato l'efficacia di tale intervento sul miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva; il progetto inoltre è stato giudicato favorevolmente dai medici di medicina generale. ■



La nostra passione  
per la scienza...  
è una promessa per la vita

---



Scoperta



Salute

