

## Materiali del percorso di approfondimento su “Le performance dei sistemi organizzati ed il loro monitoraggio”

### Le performance del sistema sanitario pubblico ed il loro monitoraggio *Report del Workshop del 19 ottobre 2015*

Pier Maria Ferrando, Sabina Nuti

Sommario: 1. Premessa - 2. Il sistema oggetto di analisi e le sue caratteristiche - 3. Il processo di creazione del valore ed il business model - 4. La governance del sistema - 5. Le *performance* del sistema – 6. Misurazione e valutazione - 7. Conclusioni ed implicazioni di carattere generale - Bibliografia.

#### Abstract

Il 19 ottobre 2015 si è svolto a Pisa, presso la Scuola Superiore S. Anna, un *workshop* avente per oggetto l'applicazione al sistema sanitario pubblico del *framework* di analisi sulle *performance* dei sistemi organizzati ed il loro monitoraggio. Le *performance* e la valutazione delle *performance* di questo sistema sono state esaminate, nei livelli regionale ed aziendale, alla luce del modello elaborato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola S. Anna di Pisa ed applicato da alcuni anni nell'ambito di un *network* cui partecipano diverse Regioni Italiane. Le Regioni del *network* condividono il modello di *management* ed alimentano il sistema di valutazione con un insieme di indicatori relativi ai risultati delle loro attività; il Laboratorio MeS (Management e Sanità) della Scuola S. Anna, come soggetto terzo, svolge il ruolo di agenzia di *benchmarking*, coordinando e gestendo il processo di acquisizione ed elaborazione dei dati, mediante una piattaforma *web* dedicata, supportando le Regioni in termini metodologici per l'utilizzo del sistema di valutazione nei meccanismi di *governance*. Ai fini dell'analisi è stato utilizzato il *framework* presentato ed illustrato in questo stesso numero di *Impresa Progetto*.

## 1. Il sistema oggetto di analisi e le sue caratteristiche.

Il sistema sanitario pubblico è definito nelle sue articolazioni e nelle sue regole di funzionamento dalla legislazione nazionale. Il livello regionale si muove in questo quadro con il compito di assicurare la *mission* istituzionale di tutela della salute dei cittadini e della sicurezza sanitaria del territorio, date le risorse ad essi allocate e le linee di indirizzo nazionali, organizzando i servizi sanitari a livello locale mediante le aziende sanitarie locali.

I gradi di libertà del sistema rimangono poi fundamentalmente legati a livello regionale alla definizione di linee-guida, alla scelta del management ed alla distribuzione delle risorse tra le diverse aziende operanti sul territorio; a livello aziendale invece essi sono legati alla dialettica tra *management* ed operatori sanitari caratterizzata dalla discrezionalità di scelta assicurata agli operatori sanitari dal ruolo e dalle professionalità di cui sono portatori.

Il sistema sanitario pubblico si caratterizza nel suo insieme per una significativa complessità, determinata dalla pluralità e varietà degli attori che lo compongono, dalle loro caratteristiche e dalle loro interazioni ed interdipendenze.

Sono attori del sistema:

- lo Stato, che determina indirizzi e definisce l'entità delle risorse da distribuire;
- le Regioni, che determinano indirizzi, organizzano i servizi e redistribuiscono risorse tra le aziende sanitarie locali;
- le aziende, che erogano servizi;
- il *management* cui compete la gestione del sistema;
- gli operatori sanitari, che concorrono all'erogazione dei servizi ed alla loro qualità sulla base di una specifica ed autonoma professionalità;
- i cittadini, che esprimono attese e valutazioni circa l'utilizzo di risorse pubbliche a tutela della salute e sono anche utenti di parte dei servizi;
- tra gli utenti dei servizi, i pazienti che per la loro specifica situazione di fragilità, sono in asimmetria informativa rispetto al soggetto erogatore.

Le principali interdipendenze ed interazioni tra questi attori riguardano le relazioni tra Stato, Regioni ed aziende in merito alla distribuzione delle risorse, quelle tra *management* ed operatori sanitari in rapporto al funzionamento del sistema ed alla erogazione dei servizi, quelle tra aziende, cittadini ed utenti in rapporto alle attese ed alla soddisfazione in ordine alla disponibilità di servizi ed alla loro erogazione.

In particolare va notata la specificità dei rapporti tra *management* ed operatori sanitari, che si caratterizzano per una relazione di "gerarchia inversa".

Diversamente infatti che nella gerarchia tradizionale dei sistemi organizzati, schematicamente rappresentata da una piramide con un CEO al vertice, i *manager* in un livello intermedio a sovrintendere alla traduzione sul piano operativo di obiettivi e strategie decisi a livello superiore, e gli operatori ad assicurare su queste basi il comportamento operativo, la "gerarchia inversa" prevede una piramide rovesciata in cui ai livelli alti operano professionisti specializzati capaci di gestire processi complessi, ed ai livelli inferiori, con ruoli di facilitazione, supporto, orientamento del sistema, stanno *manager* e *CEO*.

## 2. Il processo di creazione del valore ed il business model.

La catena del valore allargata è finalizzata nel sistema sanitario pubblico al perseguimento di una *mission* di tutela della salute dei cittadini e della sicurezza sanitaria sul territorio. Una parola chiave in sanità è “appropriatezza”, con cui si intende la capacità di garantire all’utente un servizio tagliato su misura che tenga conto del suo bisogno, “niente di più, ma neanche niente di meno” di quanto necessario per ottenere il miglior risultato in termini di salute. Un servizio è appropriato nel momento stesso in cui viene offerto tutto ciò che le evidenze scientifiche indicano come necessario per ottenere il miglior risultato di *outcome*, ma anche niente di più, perché l’eccesso può essere addirittura nocivo per la sua salute: quindi la migliore cura che è possibile offrire al paziente (appropriatezza clinica), con il *setting* più adeguato per garantire il miglior utilizzo delle risorse disponibili (appropriatezza organizzativa) .

L’offerta del servizio dovrà quindi essere personalizzata soprattutto in termini di comunicazione “operatore sanitario – utente” per far sì che il paziente diventi protagonista del proprio percorso di cura, fattore determinante per la massimizzazione degli *outcome* di salute. Il paziente consapevole e coinvolto nel proprio percorso di cura, che percepisce di essere preso in carico dal personale sanitario, è in grado di seguire meglio le prescrizioni farmaceutiche e cliniche e ha una maggiore probabilità di recupero di uno stato di salute migliore.

Al tempo stesso i percorsi assistenziali proposti dovranno seguire i protocolli clinici e quindi essere “standardizzati” al fine di ottenere il massimo risultato in termini di salute del paziente, in linea con le evidenze scientifiche internazionali.

Sono anelli quindi della catena del valore in sanità:

- gli *input* e le attività

Come per ogni attività di fornitura di servizio, anche in sanità i processi di produzione e di erogazione vengono a coincidere; essi dipendono direttamente dalla quantità e qualità degli *input* disponibili e dalle modalità del loro utilizzo.

Quindi l’erogazione dei servizi sanitari, ed in particolare la tipologia, i livelli e la qualità che li contraddistinguono, dipendono da *input* rappresentati dai presidi sul territorio, dalle dotazioni strumentali, dai farmaci, dagli operatori sanitari, dai *manager* e dalle loro caratteristiche in termini di diffusione ed accessibilità, tecnologia, professionalità, costo, competenze e dai modelli organizzativi nei cui ambito essi sono impiegati.

Da questo punto di vista si possono rilevare alcune rilevanti tendenze e criticità.

L’innovazione tecnologica investe le dotazioni strumentali in sanità dal punto di vista della tipologia delle prestazioni, del livello di specializzazione, del livello tecnologico e quindi del miglioramento dei servizi, ma introduce vincoli dimensionali in termini di economie di scala rendendo conveniente la concentrazione territoriale e la riduzione dei presidi, in contrasto con le attese

dei cittadini e degli utenti. La concentrazione delle prestazioni è necessaria anche per assicurare livelli di qualità delle cure e sicurezza del paziente adeguati. Al tempo stesso i tempi di percorrenza tra la residenza del cittadino e i punti di assistenza del sistema devono essere sostenibili in modo da garantire una adeguata e tempestiva presa in carico dei bisogni sanitari del cittadino, soprattutto in condizioni di urgenza.

Le prestazioni degli operatori sanitari travalicano i confini e le possibilità dell'autonomia professionale individuale ed implicano cooperazione, attività di gruppo, logiche di team, comportando procedure e regole del gioco condivise ed una diversa interpretazione del ruolo loro affidato.

I manager sono pochi rispetto alla dimensione delle aziende che sono chiamati a gestire e poco presenti sono le competenze manageriali necessarie in un quadro di "gerarchia inversa": non si tratta di fare piani operativi e budget di cui monitorare l'implementazione ma di ascoltare, comunicare, supportare, indirizzare, negoziare. Occorre praticare uno stile manageriale soft lontano da modelli di tipo tecnocratico.

- gli output

I servizi erogati tendono a svilupparsi secondo linee di differenziazione e specializzazione. Significativi output del funzionamento del sistema sono i livelli di efficienza dei processi, di qualità delle prestazioni, di soddisfazione degli utenti e degli operatori.

- gli outcome

ossia gli "esiti" delle cure erogate in prospettiva di medio lungo termine, misurati in termini di mortalità o sopravvivenza dei pazienti;

- l'impatto sociale

misurabile in termini di livelli di consenso dei cittadini verso il sistema, in base alle condizioni di salute della popolazione e dei livelli di sicurezza sanitaria del territorio.

L'esame della catena del valore allargato consente di mettere a fuoco aspetti quali: il valore creato dal sistema sanitario pubblico, il *business model* praticato dal sistema, il carattere dinamico del processo grazie ai *feed-back* dalla misurazione e valutazione delle sue *performance*.

A) La creazione di valore da parte del sistema sanitario pubblico ha come oggetto la salute dei cittadini e la sicurezza sanitaria del territorio, che possono essere considerate come un bene pubblico o un capitale collettivo al cui incremento viene finalizzata l'azione del sistema sanitario.

B) Per quanto riguarda il *business model* del sistema sanitario pubblico si può osservare che nel Modello del S.Anna la *value proposition* è quella definita dalla *mission* del sistema; le risorse erogate dallo Stato per assicurare il funzionamento del sistema e coprirne i costi rappresentano il valore riconosciuto in termini di capitale monetario a fronte del valore creato per i

cittadini grazie ai servizi erogati; il processo di creazione del valore avviene all'interno del sistema e può prevedere scelte di esternalizzazione, di *networking*, di collaborazione pubblico-privato con eventuale partecipazione di *partner* esterni al processo di creazione del valore (ospedali privati nella rete). L'aspetto maggiormente caratterizzante il business model è tuttavia rappresentato dal ruolo giocato dal personale sanitario nel processo di erogazione dei servizi, nella formazione degli *output* e degli *outcome*, ed in definitiva dell'impatto sociale e della creazione di valore.

C) i processi di innovazione tecnologica, gestionale ed organizzativa rappresentano la leva su cui agire per migliorare il rapporto tra risorse erogate al sistema sanitario dallo Stato e valore creato in termini di servizi resi, ovvero per utilizzare meglio le risorse, spendere meglio, creare più salute.

D) Il feed-back attivato dalla misurazione e valutazione delle performance rappresenta un aspetto fondamentale nel Modello del S. Anna, capace di rendere misurabile e programmabile il processo di creazione del valore. Il Modello prevede infatti un sistema di valutazione basato, in una logica *evidence based*, su di una capillare raccolta e condivisione di dati circa le *performance* delle Aziende e delle Regioni e sul confronto sistematico di queste *performance*; ciò permette di tradurre la quantità dei dati raccolti ed elaborati in qualità della conoscenza delle caratteristiche e del funzionamento del sistema, attivando un continuo processo di apprendimento e di miglioramento.

### 3. La *governance* del sistema

Sul piano istituzionale la *governance* del sistema è definita dalla legislazione nazionale e ruota attorno alla nomina del *management* da parte dei responsabili politici regionali.

Dal punto di vista organizzativo invece la *governance* si gioca tra manager ed operatori sanitari in un rapporto che, data la autonomia decisionale assicurata agli operatori sanitari dalla loro professionalità, non può avere che un carattere interattivo e negoziale, secondo un modello di burocrazia professionale.

In tema di *governance* sono poi particolarmente rilevanti la presenza ed il ruolo degli stakeholder, da individuare facendo riferimento ai portatori di interesse nei confronti del sistema, nonché al livello di interazione ed alla capacità di condizionamento che essi sono in grado di esprimere.

In particolare lo Stato è sicuramente il fondamentale portatore di interesse in quanto responsabile istituzionale della tutela della salute dei cittadini soprattutto in termini di equità e definisce i Livelli Essenziali Assistenziali che tutte le regioni dovrebbero garantire. In linea con le scelte di decentramento definite dalla normativa italiana il Governo e le Regioni sono congiuntamente responsabili delle scelte di indirizzo del sistema sanitario e delle scelte di spesa.

Inoltre:

- a. le Regioni ed i loro amministratori sono interessati al buon funzionamento del sistema ed attenti al consenso elettorale, e sono dotati di potere decisionale nei confronti delle aziende;
- b. i *manager*, responsabili ma non necessariamente decisori di una spesa condizionata dalle scelte degli operatori sanitari, e gli operatori sanitari, che incidono sulla qualità dei servizi erogati e sull'andamento della spesa, chiamati al rispetto di obiettivi e di logiche di carattere organizzativo e gestionale, ma anche attenti alla difesa del loro ruolo e delle loro prerogative;
- c. gli utenti ed i cittadini (utenti potenziali), interessati ad avere molti servizi, di qualità, diffusi capillarmente, istintivamente ostili a politiche di razionalizzazione, in grado di giocare l'arma del consenso soprattutto nei confronti dei livelli politici più vicini al territorio.

#### 4. Le performance del sistema

Il Modello del S. Anna riconduce le *performance* a livello regionale e aziendale alla capacità di attivare e guidare il processo di miglioramento della funzionalità del sistema e di ridurre la variabilità evitabile delle prestazioni in ambito regionale e territoriale, garantendo così ai cittadini migliori servizi e maggiore equità.

Le *performance* del sistema condiviso da 15 Regioni vengono ricostruite a partire da una molteplicità di risultati, rilevati attraverso un apposito sistema di indicatori aggregati secondo diversi livelli di dettaglio. In particolare i risultati sono analizzati attraverso sei dimensioni di analisi: la valutazione dello stato di salute della popolazione (dimensione A) presenta indicatori di mortalità e inerenti gli stili di vita; la capacità di perseguimento delle strategie regionali (B) include indicatori quali la gestione del dolore, gli screening oncologici e le coperture vaccinali; la valutazione socio-sanitaria (C) comprende indicatori di governo della domanda, di appropriatezza, di efficienza e di qualità, sia per le attività ospedaliere, sia per quelle territoriali; il tasso di abbandono dal Pronto Soccorso e le dimissioni ospedaliere volontarie sono affidabili *proxy* della valutazione da parte dell'utenza (dimensione D); la valutazione interna (E) considera il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie; infine, la valutazione economico-finanziaria e di efficienza operativa (F) monitora la spesa e l'efficienza farmaceutica, la sicurezza sul lavoro, oltre ad alcuni indicatori economici relativi ai costi.

Complessivamente, gli indicatori monitorati sono circa 200; a 100 di essi è associata una valutazione, mentre i restanti indicatori (di osservazione) permettono l'interpretazione degli altri risultati. Gli indicatori vengono raggruppati, tramite una struttura ad "albero", in 40 indicatori di sintesi, rappresentati in forma grafica tramite "il bersaglio", con 5 fasce di valutazione, a seconda della performance conseguita: al centro i punti di forza, corrispondenti alle fasce verdi, mentre nelle aree rosse e arancioni – le fasce più esterne del bersaglio – i punti di debolezza.

Si tratta di uno strumento di rappresentazione caratterizzato al tempo stesso da semplicità ed efficacia comunicativa, permettendo di realizzare facili confronti e spostando la modalità di comunicazione a cavallo tra “narrazione” (aspetto descrittivo) e “reporting” (aspetto quantitativo).

La rilevazione delle *performance* inoltre è resa multidimensionale accompagnando l’esame del loro livello con quello del *trend* e della variabilità a livello territoriale. In questo modo i “movimenti” del sistema vengono monitorati non solo rispetto al livello delle *performance* conseguite, ma anche rispetto alla tendenza al miglioramento/peggioramento ed alla riduzione/accentuazione della variabilità a livello territoriale.

## 5. Misurazione e valutazione.

Il Modello del S. Anna presuppone un sistema di valutazione concepito non come strumento di controllo, ma come strumento *evidence based* di supporto al *management*. In particolare si tratta di un sistema in cui i numeri vengono raccolti ed elaborati nella misura e con le modalità necessarie per diventare elementi di valutazione, e condiviso tra gli Regioni del *network* e gli attori del sistema.

Le caratteristiche del sistema sono:

- A) la misurabilità dei risultati (i numeri per analizzare e capire), come condizione per valutare le *performance* (i numeri per giudicare e responsabilizzare sui risultati) e porre in essere efficaci politiche di incentivazione;
- B) la trasparenza, resa possibile dalla misurabilità dei risultati, come assunzione di responsabilità nei confronti della collettività;
- C) la multidimensionalità per poter considerare le diverse prospettive della pluralità dei portatori di interesse (cittadini, utenti, *manager*, operatori sanitari, responsabili politici) e dei profili di analisi (efficienza, qualità, *customer satisfaction*, clima organizzativo, *outcome*),
- D) il confronto sistematico tra le *performance* delle aziende e delle regioni, come condizione per evitare processi autoreferenziali; in un sistema di attori non esposti alla competizione ed al mercato, il *benchmarking* rappresenta la leva per innescare processi di apprendimento, innovazione e miglioramento della qualità;
- E) la condivisione, come condizione per creare convergenza verso obiettivi di innovazione e di qualità tra le Regioni e tra *management* e operatori sanitari; in particolare la condivisione da parte degli operatori sanitari degli indicatori su cui viene valutata la loro *performance* è indispensabile per innescare processi di apprendimento e modificazioni nei comportamenti;
- F) la tempestività, necessaria per rendere disponibili gli *output* del sistema di valutazione in tempo utile per alimentare i processi di programmazione e le scelte, resa possibile grazie ad un sistema informativo in grado di processare grandi masse di dati.

## 6. Conclusioni ed implicazioni di carattere generale.

Il Modello del S. Anna e l'esperienza del network delle Regioni che lo hanno adottato propongono un modello di management ed un sistema di valutazione delle performance a carattere fortemente *evidence based*.

La raccolta massiva e continua dei risultati è strumentale alla attivazione di processi di valutazione e di conoscenza delle caratteristiche e del funzionamento del sistema, traducendo la quantità dei dati in qualità della conoscenza; la condivisione delle informazioni ed il confronto tra gli attori è funzionale all'attivazione di processi di apprendimento e di miglioramento; questi processi devono essere guidati da un *management* orientato all'ascolto ed alla comunicazione, e sollecitati da politiche di incentivazione anch'esse *evidence based*.

La *public disclosure* delle *performance*, nell'esperienza delle Regioni del *network*, ha permesso riduzioni delle variabilità delle *performance* a livello territoriale, lungo un trend di miglioramento, permettendo:

- a) di ridurre costi e riallocare di risorse a favore di servizi capaci di garantire maggior valore ai cittadini;
- b) di migliorare la consapevolezza degli operatori, la comunicazione tra operatori e pazienti, la *customer experience* e la *customer satisfaction*;
- c) di migliorare la qualità dei risultati.

L'esperienza in oggetto suggerisce possibili azioni per il miglioramento delle *performance* e della creazione di valore in sistemi organizzati il cui *business model* sia definito dalla *mission* istituzionale e caratterizzato dalla presenza di una burocrazia professionale:

- adottare modelli di *management* e sistemi di valutazione delle *performance evidence based*, supportandole con adeguati sistemi informativi;
- praticare stili di *management* di tipo *soft*, capaci di utilizzare le leve della comunicazione, della condivisione, dell'incentivazione;
- promuovere attraverso il *benchmarking* lo sviluppo e la condivisione delle conoscenze, e far leva sui processi di apprendimento per promuovere l'innovazione organizzativa e gestionale ed accrescere la capacità di creare valore.

**Bibliografia specifica sul sistema di valutazione della Scuola Superiore Sant'Anna**  
**(<http://performance.sssup.it/netval>)**

- Nuti S. et al. (2015), Making governance work in the healthcare sector: evidence from a "natural experiment" in Italy, *Health Economics, Policy and Law*, Cambridge University Press. Available on CJO 2015.
- Murante A.M., Vainieri M., Rojas D.C., Nuti S. (2014), Does feedback influence patient - professional communication? Empirical evidence from Italy., *Health Policy*, Vol. 116, Issues 2–3, pp. 273–280.
- Nuti S., Seghieri C. (2014), Is variation management included in regional healthcare governance systems? Some proposals from Italy, *Health Policy*, Vol. 114 (2014) pp. 71–78.
- Nuti S., Seghieri C., Vainieri M. (2012), Assessing the effectiveness of a performance evaluation system in the public health care sector: some novel evidence from the Tuscany Region experience, *The Journal of Management and Governance*, May 2012, n. pag. 10.
- Brown P., Vainieri M., Bonini A., Nuti S., Calnan M. (2012), What might the English NHS learn about quality from Tuscany? Moving from financial and bureaucratic incentives towards "social" drivers, *Social & Public Policy Review*, Vol. 6, No. 2, pp. 30-46.
- Nuti S., Seghieri C., Vainieri M., Zett S. (2012), Assessment and improvement of the Italian Healthcare system: first evidences from a pilot National performance evaluation system, *Journal of Healthcare Management*, Vol. 57, No. 3, pp. 182-199.
- Nuti S., Vainieri M. (2012), Managing waiting times in diagnostic medical imaging, *British Medical Journal BMJ Open* 2012;2:e001255.
- Pinnarelli L., Nuti S., Sorge C., Davoli M., Fusco D., Agabiti N., Vainieri M., Perucci C. (2012), What drives hospital performance? The impact of comparative outcome evaluation of patients admitted for hip fracture in two Italian regions., *British Medical Journal BMJ Quality and Safety*, Vol. 21, No. 2, pp. 127-134.
- Nuti S., Daraio C., Speroni C., Vainieri M. (2011), Relationships between technical efficiency and the quality and costs of health care in Italy, *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 23, No. 3, pp. 324-330.
- Nuti S., Vainieri M., Bonini A. (2010), Disinvestment for reallocation: a process to identify priorities in healthcare, *Health Policy*, Vol. 95, No.2-3, pp.137-143.
- Nuti S., Bonini A., Murante A.M., Vainieri M. (2009), Performance assessment in the maternity pathway in Tuscany Region, *Health Services Management Research*, Vol. 22, No. 3, pp. 115-121.

**Pier Maria Ferrando**

Professore Ordinario di Economia Aziendale  
Dipartimento di Economia  
Scuola di Scienze Sociali  
Università degli Studi di Genova  
via Vivaldi 5  
16126 Genova  
[piermaria.ferrando@economia.unige.it](mailto:piermaria.ferrando@economia.unige.it)

**Sabina Nuti**

Professore Ordinario di Economia e Gestione delle Imprese  
Scuola Superiore Sant'Anna  
Istituto di Management  
piazza Martiri della Libertà 2756127 Pisa  
[sabina.nuti@sssup.it](mailto:sabina.nuti@sssup.it)